

Maira Tellechêa da Silva

CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NA
POLÍTICA DE SAÚDE: AÇÃO/INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM JUNTO A UM CONSELHO LOCAL DE
SAÚDE, CHAPECÓ-SC

FLORIANÓPOLIS
Março de 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NA
POLÍTICA DE SAÚDE: AÇÃO/INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM JUNTO A UM CONSELHO LOCAL DE
SAÚDE, CHAPECÓ-SC**

Dissertação de mestrado apresentada
à Banca de defesa do Curso de
Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa
Catarina.

ORIENTADOR: DR. JONAS SALOMÃO SPRICIGO

Florianópolis, março de 2004.

BANCA EXAMINADORA

Dr. JONAS SALOMÃO SPRICIGO

Dra. MARIA ELISABETH KLEBA DA SILVA

Dra. VERA NOGUEIRA

Dra. MARTA LENISE PRADO

Dda. SELMA REGINA DE ANDRADE MARINO

À “minha família ampliada”.

À Deborah, Claiton e Cristiano.

AGRADECIMENTOS

Produzir um trabalho acadêmico é sempre um desafio, é um fazer solitário, apesar disso, não isolado, nessa perspectiva é extremamente difícil lembrar de tantas “gentes” que vêm acompanhando minha caminhada e que contribuem com minha formação política, intelectual, profissional e pessoal; assim a todos com quem tenho tido oportunidade de aprender e trocar, meu obrigada.

A Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó pela disponibilidade e acolhimento.

A minha AMIGA Madalena.

Ao professor Dr. Jonas Salomão Spricigo, orientador deste trabalho, que contribui com o meu processo de formação. À professora Dra. Vera Nogueira, da UFSC, à professora Dra. Maria Elisabete Kleba da Silva, da UNOCHAPECÓ, e à Dda. Selma Regina de Andrade Marino, por emprestarem seu tempo para examinar esta dissertação. Às professoras Dra. Marta Lenise Prado e Kenya Schmidt Reibnitz pelo incentivo constante e o companheirismo manifestado ao longo desse processo.

Àqueles que são companheiras e companheiros da UNOCHAPECÓ, em especial com os que tenho compartilhado as angústias e responsabilidades do fazer universidade.

Aos acadêmicos do Curso de Enfermagem que entenderam e não entenderam algumas ausências.

A minha família, pela presença mesmo que distante.

RESUMO

A presente pesquisa teve por objeto a ação de um Conselho Local de Saúde no município de Chapecó-SC. O objetivo geral foi compreender a percepção de Controle Social e o processo de construção da participação popular na Política de Saúde no município de Chapecó. A perspectiva foi contribuir para a construção de alternativas de qualificação deste conselho, podendo possibilitar uma intervenção na Política de Saúde do Município, o que pode garantir a efetiva participação do mesmo no controle social. Neste trabalho, refleti sobre os direitos dos usuários do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE e sua participação nas discussões sobre as ações prioritárias a serem implantadas no seu espaço de inserção. Para compreender a realidade estudada, utilizei como instrumento de pesquisa a análise documental, a entrevista e a realização de encontros com o Conselho Local de Saúde da Policlínica Cristo Rei e com o Conselho Municipal de Saúde. Os sujeitos entrevistados foram os conselheiros locais da Policlínica Cristo Rei. A partir do estudo, percebi que houve muitos avanços no trabalho realizado com este Conselho Local de Saúde, em especial a garantia de participação em alguns espaços de discussão da Política de Saúde no Município de Chapecó. No entanto, alguns limites ainda são identificados, como a necessidade de qualificação na relação entre os diversos espaços de inserção popular, bem como a dificuldade de acesso a informações que fortaleçam sua intervenção nas políticas públicas.

Palavras Chaves – Controle Social, participação popular, política de saúde, poder.

ABSTRACT

The present research had as object the action of a Local Health Counsel located in Chapecó – Santa Catarina. The general objective was to understand the perception of the Social Control and the process of construction of the popular participation in the Health Policy in Chapecó. The perspective was to contribute in the construction of alternatives to the qualification of this counsel, making possible an intervention in the Health Policy of the city that guarantees the effective participation of the SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Unique Health System) users, and its participation in the discussions about the primary actions to be implemented in its insertion space. To comprehend the reality studied I used as a research tool the document analyses, the interview and meetings with the Local Health Counsel of the Cristo Rei Polyclinic and the City Health Counsel. The citizens interviewed were the local counselors of the Cristo Rei Polyclinic. From this study I realized that there were advances in the work done with the Local Health Counsel especially when it comes to the guarantee of participation in some discussion spaces of the Health Polyclinic of Chapecó. However, some limits are still identified, like the necessity of qualification related to the several spaces of popular insertion as the difficulty of access to information that strengthen its intervention on public policies.

Key Words - Social Control, popular participation, health policy, power.

***Um galo sozinho não tece uma manhã,
ele precisará sempre de outros galos.***

*De um que apanhe esse grito e que o lance a outro;
de um outro galo que apanhe o grito de um galo antes e o lance a
outro;*

*e de outros galos que, com muitos outros galos,
cruzem os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma tênue teia, se vá tecendo entre todos
os galos.*

*E se encorpando em tela, entre todos, se erguendo em tenda, onde
entrem todos, se entretendo para todos, no toldo a (manhã) que plana livre
da armação [...].*

(Tecendo a manhã-João Cabral de Mello Neto)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO I	16
Apresentando a Proposta	16
1.1-Objetivos	28
CAPÍTULO II	29
Fundamentando a caminhada	29
2.1-Visualizando a Política de Saúde e o Controle Social	29
2.2 – Conselho de Saúde: um espaço para a participação popular e o Controle Social	43
2.3 – O Controle Social em Chapecó	47
2.4-O Referencial Teórico para o Percurso	55
2.5-Marco Conceitual	59
2.6 – Pressupostos para o trabalho	71
CAPÍTULO III	72
Apresentando a trajetória	72
3.1-Nossos Encontros	81
CAPÍTULO IV	100
Participação Popular e controle social: a ação de um Conselho Local de Saúde	100
4.1-Discutindo o Trabalho	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	123
ANEXOS	131

RELAÇÃO DE SIGLAS

AIS – Ações integradas de saúde

AMOSC – Associação de Municípios do Oeste de Santa Catarina

CF – Constituição Federal

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CLS – Conselho Local de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COOPERALFA – Cooperativa Regional Alfa

DACCS – Diretório Acadêmico do Centro de Ciências da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico

FAPEU – Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão Universitária

FMI – Fundo Monetário Internacional

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OP – Orçamento Participativo

PMS – Plano Municipal de Saúde

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

APRESENTAÇÃO

A Constituição do Estado Brasileiro, em seu título VIII, capítulo I trata da Seguridade Social, que é o conjunto das políticas de saúde, previdência social e assistência social, que em nível nacional se colocam com políticas de proteção aos direitos sociais.

A Saúde, como política pública, integrante do tripé da seguridade social, se comparada com as duas outras políticas é a que se encontra, em termos de financiamento - repasse fundo a fundo¹, em melhor situação, sendo considerada a “prima rica” porque, apesar de todo o processo centralizador, que se acentua a partir da década de 1990, tem através das leis e regulamentações ministeriais uma garantia mínima de financiamento, o que permite algumas estratégias locais de implementação da política de saúde dos municípios.

A política de saúde, geralmente, é efetivada a partir de ações ou programas pontuais. Como a maior parte do repasse financeiro já vem carimbada², os poucos recursos, que sobram desse bolo não permitem aos municípios atender à população a partir de diagnósticos loco-regionais e encontram dificuldades no atendimento às demandas de saúde da população. Os Conselhos Municipais de Saúde têm a responsabilidade de definir as ações prioritárias à consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE e ao atendimento adequado da população, levando em conta essa realidade de financiamento.

¹ Repasse financeiro que acontece direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

² Financiamento Carimbado, pois vem do ministério direcionado para uma ação específica.

A partir dessa realidade, o objetivo deste trabalho é identificar como, no município de Chapecó, situado na região Oeste de Santa Catarina, acontece a participação popular na consolidação da política municipal de saúde.

Na consecução do objetivo proposto, foram realizadas atividades coletivas para identificar aspectos relevantes ao trabalho e discutir a participação popular³, como forma de exercício do Controle Social⁴, em Chapecó, a partir de um Conselho Local de Saúde.

A temática é instigante, motivando-me a estudar a realidade do município de Chapecó, por entender ser fundamental conhecê-la para poder oferecer subsídios às reflexões das ações de saúde realizadas nessa região. Trazer à tona as práticas desse Conselho Local de Saúde pode evidenciar contradições existentes no controle social, e a real participação dos conselheiros na demarcação dos possíveis espaços a serem utilizados por esses no efetivo exercício da participação popular em decisões sobre a política local de saúde.

O interesse por essas discussões vem de uma inquietação que está relacionada com o caminho que venho construindo durante meu processo de ser enfermeira-cidadã. Acredito que a profissional enfermeira precisa estar comprometida com a consolidação das diretrizes do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE e, durante este processo de formação, tenho questionado a existência da real participação do cidadão nas definições das prioridades das políticas públicas, especialmente da saúde.

É como sujeito inserido neste contexto histórico e buscando respostas aos desafios postos na viabilização de possibilidades ao exercício do controle social, que me proponho a discutir a questão que se apresenta.

³ É o envolvimento qualificado da população, com condições de fazer as disputas na garantia da política de saúde, defendendo as diretrizes do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, possibilitando o controle social, a partir do usuário.

⁴ “Participação da sociedade [...] na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e a arbitragem sobre os interesses em jogo, além do acompanhamento da implementação daquelas decisões, segundo critérios pactuados” (RAICHELIS, pág. 42-43, 2000).

Durante o processo de construção de minha história, tenho mantido meu compromisso com a efetivação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE e discutido a participação popular nessa construção. Minha trajetória profissional, desde o início, levou-me por esse caminho. Ainda estudante na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, fui representante nos vários órgãos colegiados como: Conselho de Centro; Colegiado do Curso; Departamento de Enfermagem e de Comissões⁵, que estavam avaliando e encaminhando discussões sobre Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), Lei Orgânica da Saúde (LOS) e Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Também fui representante do Diretório Acadêmico do Centro de Ciências da Saúde (DACCS) no Conselho Interinstitucional Municipal de Saúde de Santa Maria, onde já percebia que o usuário, apesar de ter garantida sua participação, normalmente não discutia as deliberações sobre as políticas de saúde local. Neste conselho, representantes dos trabalhadores de saúde, prestadores de saúde e governamentais utilizavam uma linguagem que, em muitos momentos, não era compreendida pelos conselheiros usuários.

Logo após minha formatura, em 1988, passei a atuar como enfermeira num projeto da UFSM, com o objetivo de discutir com a população sobre as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde, e como poderíamos lutar por um SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, um sistema não excludente e que, apesar de único, trabalhasse com as diferenças de cada realidade.

Em 1989, passei a atuar como enfermeira no Município de Panambi/RS, onde fui conselheira municipal de saúde, representando os trabalhadores da saúde.

Em 1995, mudei-me para Santa Catarina, onde fui Secretária de Saúde no Município de Nova Itaberaba até 1996. De 1997 a 2001, atuei nesse município como enfermeira, retomando a função de Secretária

⁵ Comissões do Centro de Ciências da Saúde e do Diretório Acadêmico do Centro de Ciências da Saúde e também do Conselho Interinstitucional de Saúde do município de Santa Maria.

Municipal durante o período de janeiro de 2001 a julho de 2002, assumindo também, no mês de fevereiro do ano de 2001, a função de docente, na Universidade Comunitária Regional de Chapecó – UNOCHAPECÓ, no curso de Enfermagem. Estar no cargo de gestora do Sistema Municipal de Saúde me fez perceber o quanto, em determinadas situações, o controle social é mera formalidade legal.

A vinda para o Oeste de Santa Catarina direcionou mais ainda meu olhar para a participação popular. Aqui, segmentos da Igreja Católica, usando seus espaços e organizando as pastorais, dentre estas a da saúde, instrumentalizaram alguns sujeitos que, ainda hoje, demonstram estarem mais esclarecidos e preparados para enfrentar os debates e disputas neste campo.

As dificuldades de efetiva participação apresentavam-se muito similares às de outros lugares, conforme tive a oportunidade de observar, mas a capacidade de se agrupar para lutar por determinadas causas é muito forte. Percebi que a população, em alguns momentos, cobra dos trabalhadores parceria nessas lutas; por conseguinte, esta cobrança atinge também a Enfermagem.

No decorrer desse processo, fui encontrando muitas enfermeiras que também acreditavam nestas possibilidades: na construção de um SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE com resolutividade e qualidade, e na participação popular.

Em Chapecó, através do Fórum de Secretários Municipais de Saúde e da Universidade, acompanho as discussões em torno da construção do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, especialmente, no que diz respeito à efetivação do controle social.

Nessa trajetória, muitas vezes participei de debates, seminários e capacitações sobre o controle social e, apesar de muitos afirmarem o contrário, pouco assisti da efetiva participação popular, no que diz respeito a decisões que interferissem na política de saúde local e, conseqüentemente, no modelo assistencial. As deliberações que são “permitidas” ao usuário são aquelas que tratam do imediato na unidade básica, como número de fichas, profissionais ou horário da unidade. A

necessidade de trabalhar este tema está justamente em mostrar que os usuários têm capacidade e que devem ser ouvidos nos momentos de definição das estratégias, liberação de recursos e prioridades.

Meu interesse pelas discussões se pautou na análise sobre o controle social, na perspectiva da participação popular, e sobre que interferências essa participação têm trazido para a efetivação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE no município de Chapecó.

Partindo dessa discussão, propus-me a analisar a possibilidade da efetivação do controle social a partir da experiência de um Conselho Local de Saúde.

O município de Chapecó, além do Conselho Municipal de Saúde, possui Conselhos Locais de Saúde que foram implantados como estratégia de fortalecimento da participação popular na política de saúde, uma ação da Secretaria Municipal de Saúde desde 1997.

A intervenção realizada para esta dissertação inicialmente previa atividades com o Conselho Local de Saúde da Policlínica Cristo Rei. Durante o percurso, surgiu a necessidade de trabalhar também com o Conselho Municipal de Saúde do município de Chapecó.

Para melhor entendimento, estruturei o presente trabalho em quatro capítulos. No primeiro capítulo, apresento as considerações iniciais, justificando a escolha do tema e os objetivos do trabalho.

No segundo capítulo, realizo uma revisão da literatura sobre as políticas públicas e o controle social, com um olhar mais atento à política de saúde e, em especial, identificando a importância de discutir, a partir do referencial teórico utilizado, a percepção de controle social, e o processo de participação popular, contextualizando a experiência de Chapecó.

No terceiro capítulo, mostro o percurso metodológico do estudo. No quarto capítulo apresento a análise das informações e, por fim, as considerações finais obtidas a partir de todo este processo de trabalho junto a um Conselho Local de Saúde.

CAPÍTULO I

APRESENTANDO A PROPOSTA

A discussão em torno das políticas sociais tem sido tema das diversas áreas do saber. Porém, esta discussão, e conseqüentemente a implementação destas políticas, tem se dado de forma fragmentada, num contexto em que predominam as políticas econômicas para a estabilização da moeda e o ajuste estrutural da economia que segue os preceitos estabelecidos pelo Fundo Monetário Internacional⁶, e demais organismos internacionais. Tal determinação acaba por enfraquecer a possibilidade de efetivá-las dentro dos princípios da cidadania e dos direitos sociais.

É interessante observar os dados apresentados por WESTPHALL, (1998 p. 29), quando mostra que o “Brasil é o país de maior índice de exclusão social na América Latina, já que 10% da população rica do país detêm 47% dos bens da sociedade enquanto 10% da população pobre detêm apenas 0,8% destes bens”. Corroborando esta informação, PELIANO (1999, p. 4) refere que

A situação de renda da maioria dos indivíduos vem progressivamente se deteriorando ao longo dos últimos anos: os 50% mais pobres detinham 18% da renda em 1960 e passaram a ter 12% em 1990, enquanto os ricos saíram de

⁶ Na busca de fortalecer o capitalismo mundial, a partir das propostas de ajustes neoliberais, os organismos internacionais vêm determinando ajustes econômicos que interferem diretamente nos recursos que serão investidos na SEGURIDADE SOCIAL. Esta política neoliberal tem impactado negativamente a consolidação das políticas públicas no País.

40% para 49% no mesmo período. Por sua vez, o salário mínimo, no período de janeiro de 1995 a junho de 1999, registrou uma queda real de 13,3%. [...] A desigualdade é crônica, a pobreza é crônica e a mudança nesse estado de coisas não tem qualquer resultado positivo, se não for levada a sério com ações de fôlego que alterem, de imediato, a política econômica do governo (questões do crescimento, emprego, educação e salário mínimo), cumpram a legislação (reforma agrária) e, em seguida, modifiquem a legislação para que os ricos, com efeito, passem a financiar mais a estrutura do Estado (reforma tributária).

Discutir política social nesta realidade é pensar novas possibilidades de financiamento de ações, é estabelecer prioridades na área econômica sim, mas também na área social. No Brasil as políticas e os programas sociais não são tratados com primazia, e romper essa lógica é o primeiro passo na busca de ações que permitam inverter essas prioridades, dando uma outra orientação às políticas sociais.

As dificuldades de acesso às condições de vida e cidadania e a precariedade das políticas sociais fortalecem as condições de exclusão socioeconômica e cultural vividas por um grande número de famílias brasileiras.

Segundo MINAYO (1999), o período em que vivemos é histórico no capitalismo, com implicações políticas, econômicas e socioculturais que interferem no desenvolvimento das nações, uma vez que esse modelo político-econômico, concentrador de renda, riqueza e propriedade, gera a desigualdade social, a iniquidade nos processos de distribuição das riquezas socialmente produzidas.

Discutir a problemática da saúde no Brasil hoje requer que se considere a organização social, econômica e política do país. A situação de pobreza e exclusão em que vive expressiva parcela da população brasileira é reflexo de uma ordem econômica e social historicamente construída e comprometida com a manutenção de interesses de uma minoria.

A Saúde, como política pública⁷, apesar de todo o processo centralizador especialmente do financiamento das ações, tem através das leis do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE uma garantia mínima de recursos, o que permite algumas estratégias de enfrentamento desta realidade de exclusão. Exclusão essa que, no entender de SPOSATI (1996, p.13), é fruto de um processo orquestrado e articulado.

Exclusão social é a impossibilidade de poder partilhar da sociedade e leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população. Por isso exclusão social e não só pessoal. Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas, de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade brasileira. Esta situação de privação coletiva é o que se está entendendo por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação pública. É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humanos, da qualidade de vida, da equidade e igualdade.

Essa realidade reproduz as condições propícias para o desrespeito aos direitos de cidadania, estabelecidas na Constituição Federal e nas leis que regem o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. O investimento em saúde tem sido insuficiente para atender as prioridades estabelecidas pelos planos municipais de saúde. Existe garantia mínima de financiamento, e por isto a saúde ainda é efetivada a partir de ações ou programas pontuais. Com a maioria dos recursos carimbados, os municípios têm tido dificuldades em reorientar suas ações para situações locais.

Se levarmos em conta a caminhada da política de saúde nos municípios brasileiros, considerando especialmente os últimos vinte anos, podemos dizer que algumas lutas foram vencidas e, segundo SILVA (2001 p. 85-86), houve:

⁷ Entendo que anteriormente as leis que regulamentam o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, a saúde era tratada como política compensatória para determinados grupos da população. Com o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE esta política se estende para toda a população como um direito.

[...] o deslocamento do foco destas para arenas locais, no campo de experimentação de novos modelos assistenciais alternativos ao modelo médico-assistencial privatista. [...] A luta contra o Estado neoliberal, a convivência com ele ou o apoio a ele passaram a constituir agenda de partidos políticos e de outros movimentos sociais fizeram que a política de saúde procurasse 'lutar contra a maré'. Mesmo se constituindo política contra-hegemônica, a política de saúde tem-se caracterizado por manter articulação razoável com a reforma sanitária.

Um dos exemplos disso foi à convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que garantiu a participação de vários segmentos da sociedade civil, possibilitando a discussão sobre os Conselhos e as Conferências de Saúde, tal como se organizam atualmente.

Segundo CARVALHO (1995), a 8ª Conferência Nacional de Saúde,

[...] singular na história das políticas públicas deste país, [...] marca o início do exercício, na arena estatal e de larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil [...] e formaliza a proposta dos conselhos de saúde como parte constitutiva do sistema. (CARVALHO, 1995, p. 51).

A definição do projeto de reforma sanitária brasileira se deu nesta conferência, que foi marcada pelo processo de mobilização nacional desde os municípios até a Conferência Nacional.

A Reforma Sanitária é resultado da luta da sociedade pelo resgate da cidadania e pelo resgate da dívida social, herdada no período anterior, marcado pela ditadura militar e por uma política de exclusão. O movimento sanitário vem ao encontro da luta pela democratização política do País, que culminou na Constituição de 1988, onde os anseios e direitos de saúde foram legalizados, porém, ainda distantes de ser uma realidade na prática assistencial do sistema de saúde vigente. (MORETTO, 2000 p. 10).

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, criado pela CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988), tenta reorientar a assistência à saúde, propondo um modelo sanitário que possibilite garantir os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Porém, da forma como vem sendo encaminhado em muitos lugares do país, sem a participação

popular, sem garantias de financiamento, com o compromisso político voltado para a privatização do atendimento e ainda investindo num modelo técnico-assistencial centrado na doença, o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE está fadado ao fracasso, apesar de seus avanços teóricos.

A Inclusão da saúde na Constituição e a regulamentação das leis que regem o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE inauguram um marco da saúde no Brasil: a garantia da saúde como política pública. Esta garantia ampliou a discussão que historicamente vem acontecendo. Repensar e viabilizar o acesso às políticas sociais é um primeiro passo para a construção de uma sociedade mais justa e igual.

Esse desafio é compromisso e tarefa do poder público em todas as esferas e da sociedade civil, a quem cabe possibilitar e lutar pela consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Assim, como a própria legislação refere, o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE se organiza a partir de um conjunto articulado que requer sujeitos com paradigmas político-culturais claros e comprometidos com a cidadania⁸ e a democracia social⁹.

Quando a legislação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE apresenta as características do sistema, diz que, entre outras coisas, este deve ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação nos conselhos e na definição de uma política de saúde a todos os segmentos

⁸ Neste trabalho cidadania é entendida como a condição do sujeito que goza de direitos que lhes são garantidos a partir do amplo direito a vida, previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos. A cidadania é considerada como o reconhecimento de acesso a um conjunto de condições básicas para que a identidade de morador de um lugar se construa pela dignidade, solidariedade e não só pela propriedade.

⁹ Democracia social: “uma vez conquistado o direito à participação política, o cidadão das democracias mais avançadas percebeu que a esfera política está por sua vez incluída numa esfera muito mais ampla, a esfera da sociedade em seu conjunto, e que não existe decisão política que não esteja condicionada ou inclusive determinada por aquilo que acontece na sociedade. [...]. Hoje, quem deseja um indicador do desenvolvimento democrático de um país deve considerar não mais o número de pessoas que têm direito de votar, mas o número de instâncias diversas daquelas tradicionalmente políticas nas quais se exerce o direito de voto. [...] quem deseja dar um juízo sobre o desenvolvimento da democracia num dado país deve pôr-se não mais a pergunta *quem vota?* Mas *onde se vota?*” (BOBBIO, 1992, p. 156-157).

envolvidos com o sistema. Por isso, a idéia de organização dos conselhos: para exercerem o controle social sobre o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, devendo respeitar a inclusão do usuário nos fóruns de decisão.

Apesar de todos os avanços e discussões, os temas centrais (participação popular, financiamento, recursos humanos, modelo assistencial, respeito as diretrizes do SUS, entre outros), que vêm sendo indicados como problemas, exigindo um enfrentamento sério para a garantia de acesso à saúde nos últimos governos, especialmente estaduais e federal, têm sido tratados apenas perifericamente.

Mesmo considerando as dificuldades já citadas, muitos sujeitos têm buscado alterar a realidade da política de saúde no país. Não são apenas representantes da sociedade civil, também agentes públicos que, comprometidos, buscam alterar os caminhos até aqui trilhados. Não podemos ignorar, nessa trajetória, a importância da formação dos novos profissionais que atuam nessa área.

Na década de 1990, houve mudanças institucionais de peso, comandadas pelos novos direcionamentos indicados na Constituição de 1988. Uma das conquistas mais relevantes foi o reconhecimento da população como sujeito social, com possibilidade e compromisso de discutir a saúde que se quer e que modelo de atendimento é possível alcançar. Apesar do avanço legal, a participação dos usuários na definição, formulação, implantação e avaliação da política de saúde não tem se efetivado de fato.

Nos anos 90 se consolida, em base legal, a possibilidade de usuários e trabalhadores de saúde participarem na formulação, implantação e implementação da política de gestão dos serviços de saúde, sobretudo através da instituição de Conselhos de Saúde (LEI 8142/901).

De acordo com Carvalho (1997), os conselhos se apresentam como uma dimensão da relação Estado-Sociedade no que diz respeito aos mecanismos de controle e participação popular, mas têm sido confundidos com instâncias governamentais, um apêndice das administrações.

Segundo WENDHAUSEN (1999), o atrelamento dos conselhos às administrações municipais, estaduais e nacional, a cooptação de lideranças, visando fortalecimento de interesses políticos e/ou pessoais e a forma inicialmente vertical para a implantação da reforma, acabaram tendo reflexo *negativo*¹⁰ importante na diretriz controle social.

A partir de 2002 o governo federal tem demonstrado interesse e algumas ações no sentido de se comprometer com esse enfrentamento, mas ainda são muito tímidas e precisam ser fortalecidas, especialmente com a participação da população, garantindo o controle social na consolidação da política.

Quando se discute controle social é importante olhar o usuário como alguém capaz de definir ações e prioridades, que não necessita de tutores. Essa participação não pode se dar somente nas instâncias institucionais. É preciso que aconteça também a partir dos movimentos sociais e das organizações populares. Chegar até os espaços institucionais de controle social foi, sem dúvida, uma conquista dos movimentos sociais; contudo, é preciso qualificar a atuação nestes espaços e também entender controle social de uma forma mais ampliada, e articular ações para além dos espaços institucionais.

Acredito, pois, ser importante o controle social feito também a partir dos espaços dos movimentos sociais. Corroborando esta idéia KUJAWA, BOTH E BRUTSCHER, (2003, p.68) referem:

[...] a ampla articulação entre os movimentos ou sujeitos sociais em fóruns específicos de elaboração de políticas de saúde e de estratégias de disputa dessas políticas. Significa proporcionar, através da qualificação técnica e política, as condições para que a comunidade participe efetivamente da implantação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

As políticas públicas, para possibilitar uma atuação séria e comprometida dos usuários, precisam possibilitar a capacitação destes movimentos, técnica e politicamente. Uma outra estratégia, segundo KUJAWA et al (2003), é a educação popular, que poderá contribuir para a

¹⁰ Grifo meu

formação de uma nova cultura política de participação popular e de exercício de cidadania. “[...] a principal contribuição da educação popular está na organização dos sujeitos populares para a disputa política dos projetos de saúde” (KUJAWA, BOTH E BRUTSCHER, 2003, p.69). Isto fará com que a população, ao se apropriar do saber, se enxergue capaz de reivindicar, sugerir e fiscalizar as ações de saúde.

Já no início do século XX, os movimentos trabalhistas urbanos, com influência importante dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais, se organizavam na gestão da assistência médica. Este é um dos primeiros passos de controle, por parte de um segmento da sociedade.

Outras atividades de controle e participação, por diferentes segmentos e grupos de interesse, vão se acumulando até os anos 70, quando acontece a explosão da migração populacional para as periferias das grandes cidades, consequência da enorme concentração de renda e da desigualdade social.

É neste cenário que surge o Movimento Sanitário, contrapondo-se às desigualdades e ao tratamento da saúde como mercadoria. Este movimento é formado por lideranças políticas, sindicais, trabalhadores de saúde e outros segmentos da sociedade com a finalidade de discutir a situação em que se encontra o País e propor alterações, especialmente para o modelo de saúde.

Nesse momento, aumentou também consideravelmente a organização da sociedade civil, expresso pelo crescimento do número de associações, entidades, movimentos de mulheres e vários movimentos comunitários, que exercem pressões de controle, ainda por segmento, a partir de reivindicações específicas, inclusive relacionadas à saúde.

Todas estas pressões, lutas e ações de controle deram-se e continuam a ocorrer especialmente por iniciativas dos movimentos sociais, das entidades de classe, entre outros.

Observa-se, contudo, que há ainda grande fragilidade na capacidade de articulação, organização dos usuários frente à participação neste processo. Assim deposita-se nos profissionais de saúde a “força” necessária para a implementação da política de saúde preconizada pela reforma sanitária (MORETTO, 2000 p. 11).

MORETTO (2000) afirma, ainda, que esta situação é crítica, pois a dinâmica assistencial desenvolvida nos espaços de atendimento evidencia o desconhecimento, por parte dos trabalhadores de saúde, dos princípios do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

A lei 8.080 já dispõe de forma acanhada algumas notas sobre a “formação de recursos humanos na área da saúde ao incluir nos seus objetivos a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino [...]” (BRASIL, 2001). Na verdade, o redimensionamento da instrumentalização da força de trabalho para o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE exige uma “redefinição global do processo de produção de RH em saúde” (PAIM, 1994, p.62).

Em relação à Enfermagem isto não é diferente. Sabemos que a formação destes trabalhadores ainda está voltada para as questões individuais, apesar disto muitos sujeitos têm travado discussões para propiciar um processo de formação que visualize a Enfermeira como uma trabalhadora “capaz de ser crítica de si mesma e de seu processo de trabalho” (MAZZORANI, 2000, p.23), e como uma pessoa importante para discutir e implementar um novo modelo de saúde que aponte para a consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Nos últimos anos o olhar para a formação diz da importância de agregar a competência política, possibilitando que a Enfermeira seja parceira de outros trabalhadores das políticas sociais e dos diversos segmentos da sociedade nas lutas que precisam ser travadas na tentativa de diminuir as desigualdades sociais.

Por isso, entendo que é preciso redirecionar a formação da Enfermeira, com as escolas responsabilizando-se pela instrumentalização dos acadêmicos, para que estes reconheçam desde a organização social até as possibilidades que as diretrizes do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE acrescentam ao exercício profissional.

O trabalhador de saúde precisa estar capacitado, no sentido de entender o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE a partir de suas diretrizes, ser parceiro da população em algumas disputas que se colocam para a

consolidação do mesmo, e entender que a descentralização constitui um dos temas centrais na organização do sistema de saúde no Brasil.

A municipalização da saúde é decorrente de um processo iniciado já na década de 1950, quando das concepções do “sanitarismo desenvolvimentista”.

A idéia era criar uma rede flexível que, em nível municipal, se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse [...] (FADUL, 1978, p.74).

Na década de 1970, seguindo os preceitos da Conferência de Alma Ata surgem algumas experiências de formulação de políticas locais.

Na década de 1980, com o marco da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um dos momentos máximos do movimento da reforma sanitária brasileira, começam a se constituir os espaços de disputa no processo de descentralização da saúde.

“O controle social passa a ser uma prerrogativa legal na política de saúde, após a aprovação da lei 8142/90 que regulamenta a participação popular” (CONASEMS, 1992). Esta participação legalmente acontece de duas formas: nas conferências de saúde e nos conselhos de saúde, nas três esferas de governo.

Passados mais de 10 anos da aprovação das legislações básicas da política de saúde, o Brasil continua apresentando dificuldades em efetivá-las. Muitos fatores estão interferindo nesta construção. Acredito que entre eles estejam o desmonte do Estado, exigência dos organismos internacionais e o avanço da política neoliberal, que também aponta para a não participação popular.

O controle social é, sem dúvida, uma conquista das mobilizações sociais e democráticas das décadas de 1970 e 1980, que se efetivaram na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001) e as Leis 8080 (BRASIL, 2001), mais especificamente pela lei 8142 (BRASIL, 2001) e mais recentemente pelas normas operacionais, especialmente a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS (BRASIL, 2002). A NOAS

tende a estabelecer novas formas de agir no tratamento técnico-político dedicado às questões de saúde no Brasil.

As leis indicam a necessidade de reordenamento das ações destinadas às situações de financiamento, construção, fiscalização e execução da política de saúde. Tal reestruturação, proposta pela NOAS, estabelece competências para as três esferas de governo, e reescreve a forma de distribuição das ofertas de serviço em saúde, possibilitando o acesso a todo o cidadão, conforme é previsto nas leis do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

A intenção é a organização do Sistema que articule ações nos três níveis de governo, cada qual desenvolvendo seu papel, mas de forma articulada, integrada. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE deve amparar indistintamente todas as pessoas, oriundas de todas as camadas sociais, prevendo o acesso destas à política de saúde, garantindo condições de cidadania.

É preciso que se discuta o importante compromisso que os conselhos de saúde têm quanto à deliberação das prioridades que serão estabelecidas no planejamento da saúde a partir das realidades locais e que as ações apontem para o compromisso de consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Ou seja, é fundamental que os gestores e conselheiros compreendam a importância da formulação de políticas, e não apenas a criação de leis, que dêem conta de melhorar a qualidade dos serviços de saúde da população.

Para a efetivação do presente estudo, foi realizada uma cuidadosa revisão bibliográfica, que fundamentou as discussões realizadas para o aprofundamento do tema proposto, adensando as discussões teóricas sobre exclusão social¹¹, políticas públicas e o SISTEMA ÚNICO DE

¹¹ É importante registrar que a exclusão tratada neste trabalho não fica restrita a exclusão econômica, mas se amplia, baseada especialmente em SPOSATI (1996), sendo considerada a vivência de uma série de privações que ferem a autonomia, o desenvolvimento humano, a qualidade de vida, a equidade e a igualdade. Na saúde os organismos internacionais que defendem o neoliberalismo vêm exigindo que as diretrizes do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE não sejam cumpridas negando o acesso aos direitos universais dentre eles o direito à saúde, (exclusão social).

SAÚDE. Também foi imprescindível levantar a realidade do município de Chapecó, analisando os determinantes políticos, econômicos, legais e histórico-sociais conformadores da política de saúde, identificando o seu processamento nas estratégias de enfrentamento da exclusão social, na participação das decisões referentes à política de saúde no município.

A participação nesses espaços foi importante para perceber a possibilidade de olhar e estudar o controle social, partindo de um Conselho Local de Saúde, onde a institucionalização da participação ainda não é tão presente.

Os diversos sujeitos que se articulam no espaço local têm, é claro, interesses diferentes. A partir destes interesses é que se articulam as correlações de força. Uma das intenções do Conselho Local de Saúde é integrar a comunidade às ações da unidade de atenção primária, mas uma queixa dos usuários é que suas reivindicações não são encaminhadas da forma como gostariam.

SILVA (2001), em estudo realizado no município de Marília/SP, aponta como um dos desafios para os Conselhos Locais de Saúde:

[...] a falta de autonomia decisória nas UBS e a ausência de mecanismos que assegurassem que as decisões tomadas no CONSELHO LOCAL DE SAÚDE chegassem aos fóruns de decisão, tornaram tais instâncias praticamente destituídas de poder de encaminhamentos de muitos problemas considerados relevantes pelos usuários (SILVA, 2001, p. 236).

Os conselhos locais do município de Chapecó têm se organizado a partir das policlínicas. A paridade prevista na Lei 8142/90 não é aplicada aos conselhos locais. Nestes espaços a participação da população tem se pautado apenas pelo interesse da população em fazer parte. A exigência é residir na área de abrangência da policlínica.

Considerando a atual forma de organização das políticas públicas, são estes elementos, até aqui explicitados, que delimitam a problematização de meu objeto de estudo:

Como construir possibilidades de participação popular e controle social a partir de um Conselho Local de Saúde, à luz de um referencial materialista dialético?

A análise da dinâmica entre a realidade da população e as políticas públicas, pode indicar a viabilidade ou inviabilidade das propostas colocadas em pauta pela legislação da saúde e, talvez, apontar caminhos a serem trilhados pelos conselheiros de Saúde que atuam na região. Refletir sobre essa temática é vislumbrar e reconhecer as realidades de cada local, enfrentando os desafios enquanto profissionais comprometidos com a construção do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Pontuar sobre controle social no município é buscar compreender as dificuldades e desafios que necessitam ser superados pelos conselheiros de saúde que atuam na política de saúde, buscando estabelecer novas estratégias de intervenção para a efetivação do controle social nos municípios.

No intuito de buscar as reflexões necessárias, a análise da problemática acima apresentada, se justifica o interesse em desenvolver este trabalho com o Conselho Local de Saúde da policlínica Cristo Rei, que poderá contribuir com a construção de alternativas de formulação e de implementação da participação e do controle social no SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE no município de Chapecó.

1.1 – OBJETIVOS

Geral

- Analisar percepções e ações de controle social em um Conselho Local de Saúde no município de Chapecó-SC.

Específicos

- Implementar um trabalho junto aos conselheiros de um Conselho Local de Saúde no município de Chapecó, fundamentado no referencial dialético.
- Apreender sobre o processo de construção da participação popular na política de saúde;

CAPÍTULO II

FUNDAMENTANDO A CAMINHADA

Neste capítulo, faço uma revisão da literatura sobre as políticas públicas e o controle social, com um olhar mais atento à política de saúde e, em especial, identifico a importância de discutir, a partir do referencial teórico utilizado, as possibilidades e limitações da institucionalização da participação popular, contextualizando a experiência de Chapecó.

2.1 – Visualizando a política de saúde e o controle social

As políticas sociais começam a ser uma exigência apenas quando há um maior acirramento da questão social¹², reflexo do modo de produção capitalista e também da participação política dos trabalhadores que passam a ocupar um papel político mais atuante, reivindicando acesso a melhores condições de vida. Tal situação passa a ser realidade apenas no

¹² “Por ‘questão social’, no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no mundo no curso da constituição da sociedade

final do século XIX, especialmente nos países centrais. Nas primeiras décadas do século XX, em função, notadamente, das crises promovidas pelo capitalismo, se institui um compromisso do Estado com a proteção social de seus cidadãos.

Na década de 1970 teve início um movimento de “desconstrução” do Welfare State¹³ nos países onde ele existiu, fruto das idéias e interesses neoliberais que começavam a se avolumar. Ao mesmo tempo, no Brasil começa e/ou intensifica a abertura às indústrias multinacionais. Elas encontram no país, além de matéria-prima abundante, de boa qualidade e barata, uma mão-de-obra “dócil”, capaz de realizar as tarefas de que a indústria necessita e sem as “cobranças” que as classes trabalhadoras do dito primeiro mundo realizam.

A condição era ideal para o desenvolvimento da indústria e da concentração de capitais, tanto para a classe burguesa nacional quanto internacional. A entrada de capital externo, nesta perspectiva, promove a economia. São os tempos do “milagre econômico”.

As classes média e alta conseguem maior acesso aos bens de consumo. É a falsa idéia do desenvolvimento que foi sentida por parcela da sociedade, enquanto que a classe trabalhadora pagou o ônus. A política de proteção social, por sua vez, destinada exclusivamente aos trabalhadores mais humildes era precária, voltada apenas a sua

capitalista. Assim, a ‘questão social’ está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 21).

¹³ O Welfare State é um modelo de Estado capitalista que surge a partir de um “pacto” entre empregadores e trabalhadores, intermediado pelo Estado. Esse pacto só foi possível devido a uma série de fatores que colocaram o liberalismo clássico em xeque. Assim, os capitalistas se vêem inclinados a ceder em algumas reivindicações feitas pelos trabalhadores. Dessa forma, o Estado passa a promover algumas garantias para a reprodução da força de trabalho, inclusive a ampliação das possibilidades de empregabilidade, quando o Estado passa a se organizar para promover serviços de saúde, educação, previdência, assistência social, entre outros, de acordo com os interesses e as lutas internas nos vários países que desenvolveram o Welfare State. Nessa perspectiva é preciso não perder de vista que vários países desenvolveram diferentes modelos de Estado de Bem Estar ou de Proteção Social. AMORIM (2003, p.59).

reprodução social, longe de se parecer com a proposta Keynesiana¹⁴, que FLEURY (1994, p. 119) nos lembra,

Economicamente, o Estado de Bem-Estar Social casava-se com a política Keynesiana mais geral, supondo um mecanismo de ajuste entre oferta e demanda através do pleno emprego e das medidas assistenciais. Supunha-se que esta adequação se daria na medida em que a política econômica ativa estimularia o crescimento econômico, donde resultaria maior volume de impostos, o que permitiria a ampliação controlada dos programas sociais, o que estimularia o consumo, etc., fechando o ciclo.

Os princípios da perspectiva de Keynes têm por base o pleno emprego, os serviços sociais universais e a assistência social, sendo o Estado o responsável por um padrão mínimo de vida para todos os cidadãos, enquanto direito social.

Os anos 1980 foram mais avassaladores para a economia na perspectiva do Estado Keynesiano. Com os conservadores, Thatcher na Inglaterra e Reagan nos EUA, as proposições neoliberais se fortaleceram ainda mais. A indicação era que o modelo econômico mundial deveria se reorganizar. Isso levou a inúmeras privatizações de empresas estatais, ampliando o mercado para empresas privadas, nacionais e transnacionais e levando à subordinação de produtos e serviços, antes considerados estratégicos para a soberania nacional. O Estado mínimo deveria reduzir os gastos públicos com saúde, educação, previdência e assistência social, entre outras políticas sociais. Para os países “em desenvolvimento”, essa opção levou a ampliar o abismo que separa pobres de ricos e a acirrar a já complexa questão social.

Observando as orientações repassadas pelo Banco Mundial, tem-se a clara compreensão do interesse pela implementação do chamado

¹⁴ John Maynard Keynes (1883-1946), economista britânico defendia a tese de que a crise do capitalismo não seria resolvida a partir do mercado, que o Estado precisaria desenvolver mecanismos sociais de intervenção, possibilitando o reaquecimento da economia a partir da ampliação do número de consumidores, acreditava que sem a intervenção estatal o capitalismo não se manteria.

consenso de Washington, que “ênfatiza a necessidade de desregulamentação e privatização dos mercados e privatização e desregulamentação do Estado”. (LOPES, 1994 p.32).

As normas internacionais devem ser seguidas pelo país para manter/satisfazer os aliados estrangeiros. Os cortes na área social crescem anualmente e com eles a precariedade das políticas públicas. Assim, apesar dos avanços conquistados com a constituição de 1988 e com a aprovação de leis complementares para a efetivação da Seguridade Social Brasileira, que inclui as políticas de saúde, previdência e assistência social, não podemos comemorar com muito vigor, uma vez que o Estado Brasileiro, seguindo a lógica da globalização, especialmente a partir da década de 1990, aprofunda os cortes na área social e se exime cada vez mais de sua responsabilidade de prover bens e serviços públicos.

Dessa forma, a Seguridade Social brasileira rapidamente deixa de ser um projeto de proteção social coletivo, pois paralelamente a sua “desregulamentação” ocorre também o desmonte dos movimentos sociais e “das instâncias organizativas das categorias profissionais e a paulatina transformação do estatuto de cidadão em cidadão-consumidor” (NOGUEIRA, 2001, p. 99).

Sua trajetória não se desvincula – e nem poderia ser diferente – do percurso feito pelo país. Seguindo a cartilha neoliberal, no que diz respeito à previdência social, esta passa a ser responsabilizada “pelo agravamento da crise fiscal do Estado” (Idem, p. 106).

Apesar disso, não se pode negar o avanço, ainda que tímido, da seguridade social brasileira que, segundo NOGUEIRA (2001, p. 97), incluiu:

“[...] um padrão de proteção social que pretendia garantir direitos que superavam a perspectiva dos seguros sociais. Ou seja, uma proteção garantida ao indivíduo, por toda a sociedade, contra os riscos do mercado”.

A saúde não está livre dos ataques neoliberais. Apesar de, especialmente a partir da constituição de 1988, seu reconhecido avanço,

se comparado às demais políticas, vem sofrendo deformações que põem em risco o caráter de universalização.

O incremento do “mercado”¹⁵ na área da saúde, que a cada dia oferece mais “serviços de qualidade”¹⁶, tentando convencer que o acesso a determinados equipamentos ou tecnologias garante a qualidade, se comparado com os “ineficientes e incompletos serviços públicos”¹⁷. Essa construção de que os serviços públicos são ineficientes, com a qual não concordo, acaba reforçando que estes são organizados para atender à camada mais pobre da população brasileira, afastando assim os setores mais abastados da sociedade das unidades públicas e tentando transformá-la em saúde pobre para população pobre. É preciso entender que o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE é um direito de todo o cidadão brasileiro e que todos somos usuários potenciais do mesmo e isto é garantido na Constituição Federal.

Apesar das conquistas computadas, não se pode esquecer as fragilidades na condução das políticas, especialmente pela maneira como estes espaços têm sido utilizados pelos governos.

Concordando com AMORIM (2003), considero que ainda nos falta, enquanto nação, “maturidade política” para esse tipo de enfrentamento que, sem dúvida, precisa ser realizado. Em minha avaliação, ainda precisamos garantir direitos humanos e sociais básicos¹⁸ e *não mínimos*,

¹⁵ Mercado enquanto mercadoria, passível de lucro, compra e venda.

¹⁶ Trabalhando qualidade como acesso aos mais avançados equipamentos e tecnologias, não incluindo aí uma boa assistência à saúde na atenção básica.

¹⁷ Construindo a idéia de que serviço público é ineficiente por não disponibilizar em seus serviços equipamento de ponta. Esta cobrança é advinda da mercantilização na tentativa de tratar a saúde como uma mercadoria passível de ser negociada.

¹⁸ A Revolução Francesa desencadeou a aprovação da Declaração Universal de Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789, que inaugurou uma nova perspectiva na compreensão dos direitos do homem. A partir dela inverte-se a ordem tradicionalmente constituída de que os indivíduos deviam obrigações ao soberano, dando origem a uma nova era na história da humanidade. Entretanto, é apenas em 10 de dezembro de 1948 que é aprovada a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Com a Declaração de 1948, pela primeira vez, trabalha-se com um sistema de valores universal, que é algo acolhido pelo universo dos homens. A afirmação dos Direitos é ao mesmo tempo universal e positiva. “Universal no sentido de que os destinatários dos princípios contidos não são mais apenas os cidadãos deste ou daquele Estado, mas todos os homens;

para então fortalecermos a busca pela garantia de direitos políticos, econômicos e culturais. “Sem dúvida há muito que precisa ser feito. Aos trabalhadores cabe o compromisso ético político de lutar contra toda forma de arbítrio e autoritarismo, de defender a democracia, a igualdade, a justiça social” (AMORIM, 2003 p. 66).

É preciso não perder de vista que as políticas sociais se apresentam como uma necessidade posta dentro de uma realidade específica, ou seja, são uma exigência do modo de produção capitalista, haja vista sua forma de organizar-se e sedimentar-se, baseada no lucro e na exploração de uns sobre os outros, o que gera inúmeras necessidades, essas vivenciadas em especial pela classe trabalhadora.

Além desses elementos ainda é preciso estabelecer a participação da população, “fortalecendo a democracia e o pluralismo”. Assim, o Estado fica com o compromisso de realizar a “coordenação de concertações amplas, envolvendo os grupos organizados da sociedade como responsáveis pela coordenação de políticas no tempo” (LOPES, 1994 p. 42).

Na sociedade brasileira contemporânea, segundo YAZBECK, (1993), os movimentos sociais em geral e o movimento sindical, em particular, polarizam as lutas, para o enfrentamento das expressões da questão social, articulando suas demandas perante o Estado e o patronato que constituem políticas no campo social. “[...] a política social como estratégia do Estado começa a ser implementada no contexto da emergência do capitalismo monopolista como mecanismo de enfrentamento das seqüelas da questão social” (RAICHELIS, 2000, p.33-34).

positiva no sentido de que põe em movimento um processo em cujo final os direitos do homem deverão ser não apenas aqueles proclamados (...), mas protegidos até mesmo contra o Estado que os tenha violado”(BOBBIO, 1992, p. 30). A luta pela garantia dos direitos do homem esbarra em dificuldades operacionais que estão marcadas na própria organização histórica da humanidade. A garantia dos direitos sociais requer uma atitude positiva do Estado. Sua função deve ser a de garantir a todos os cidadãos o acesso aos direitos de educação, saúde, assistência, de proteção ao trabalho, entre outros que ainda podem ser reivindicados.

FALEIROS (1992) sintetiza as relações entre Estado e sociedade civil na gestão de políticas sociais e identifica, em diferentes graus e combinações, o autoritarismo, o clientelismo/paternalismo e o burocratismo como modalidades presentes historicamente na sua realização.

Retomando um pouco a história do Brasil, veremos que a luta pela garantia dos direitos e pela justiça social começa cedo, e no início do século XX já vem forte, adensando durante o período do regime militar; cresce especialmente a partir da abertura política, orquestrada pelos movimentos sociais e iniciada no governo Figueiredo. Entretanto, foi com a constituição de 1988 que começamos a nos aproximar de uma perspectiva mais ampliada de proteção do Estado.

No Brasil, a questão da participação na área da saúde se apresentou, desde o início do século XX, mas se acirrou especialmente a partir da década de 1970, quando as crises econômicas e políticas intensas influíram nas prioridades de lutas dos movimentos sociais.

Segundo VASCONCELOS (2001), profissionais e militantes no campo da saúde se irritam e desanimam ao perceberem os limites da participação popular na política de saúde. “Gostariam que suas iniciativas fossem suficientes para desencadear as transformações que pretendem” (VASCONCELOS, 2001, p. 73).

Entendo ser necessário pontuar a trajetória da participação popular no Brasil a fim de percebermos que, desde o período colonial, a população brasileira não era ouvida para as definições de políticas. Nesse período a “desqualificação do trabalhador era de tal ordem que o trabalho era visto como algo simples e bruto, capaz de ser executado por ‘peças’ e animais. O trabalho não era um meio para obter uma vida melhor. [...] O trabalho não era visto como um dever, nem como direito, e estava completamente desvinculado do ideal de cidadania” (GOMES apud VASCONCELOS, 2001 p. 74).

No período colonial, além de escravos e do latifundiário, existiam também os chamados “homens livres”. No contexto político do período colonial estes

[...] só podiam ter acesso à vida social e a seus bens por meio do favor, direto ou indireto, de um grande. Sua sobrevivência dependia, pois, da criação de um pacto de fidelidade [...] que impedia que assumissem qualquer posição como ator político autônomo. Essa situação perdurou por todo o império [...]. O Brasil sendo uma monarquia parlamentarista tinha eleições. Mas votavam apenas os cidadãos-proprietários, [...] Nem eleitoralmente as classes populares tinham qualquer instrumento de representação política (VASCONCELOS, 2001, p. 75)

Segundo FERNANDES (1975), a hegemonia dos grandes proprietários começa a ser quebrada com o processo de urbanização que se observa no período de independência política, quando as atividades de gerenciamento, financiamento da produção e de comercialização desta têm seu controle deslocado de Portugal para os grandes centros urbanos nacionais. Aflora então o movimento abolicionista, que é o maior exemplo de uma construção intelectual que se contrapõe aos senhores da época.

O movimento enfrentou uma questão essencial para os trabalhadores brasileiros, mas a sua sustentação não era formada por atores populares, e sim pelos “abolicionistas [...], proprietários de escravos, sobretudo nordestinos e gaúchos, [...] os homens públicos [...] e a ação pessoal do imperador e da princesa regente” (BOSI, 1992, p. 23).

A partir de VASCONCELOS (2001), várias associações operárias começam a se formar no período imperial. No início, de artesãos ligados a entidades religiosas. As primeiras, sem este vínculo religioso, foram voltadas à ajuda mútua em situações de doença, acidentes de trabalho, invalidez. Estes grupos foram se fortalecendo e propondo modificações nas leis que dificultavam a criação das associações. Surgem também pequenos jornais operários de circulação restrita, mas que já apresentavam o surgimento de uma consciência operária. Nesse contexto acontecem as primeiras greves.

Para a Ação Católica Operária (1985), esse tipo de movimento era muito incipiente e de diminuto significado no jogo político nacional.

Os trabalhadores começaram a se organizar para tentar reverter as duras e difíceis condições de vida e de trabalho a que estavam submetidos, [...] e as primeiras formas de

organização surgiram na primeira metade do século XIX, [...]. Nos anos de 1850-1880 estas organizações multiplicaram-se e desenvolveram-se, [...] (SEGATTO, 1987, p. 35-36).

É importante perceber que as primeiras associações populares se motivaram a partir das questões de saúde; não na participação nos serviços, mas numa relação de ajuda mútua, “estavam voltadas para o apoio individual ao companheiro em situação emergencial” (VASCONCELOS, 2001, p. 76).

Isto acontece num momento de construção de um Estado Nacional, sem a participação das classes populares, mas com o alargamento dos papéis da elite econômica.

Segundo SINGER (1978) as classes populares não pensavam em participarem de discussões das práticas de saúde. Pobre *entendia* e tinha poder na medicina das simpatias, chás, rezas, que era executada por pessoas do povo (barbeiros, sangradores, empíricos, parteiras e ‘cirurgiões’). A preocupação que existia com relação ao escravo, era o papel negativo para a saúde das elites. A preocupação médica para com a população periférica dizia respeito à imundície de suas ruas e seus quintais.

A partir de SEGATTO (1987), com o passar dos anos algumas associações começam a preocupar-se com as condições de trabalho e de vida e vão além do assistencialismo, muito forte até então. Acontece, em 1858, a primeira greve de que se tem notícia no país – a dos tipógrafos, por aumento de salário.

É possível inferir que a proclamação da república e a abolição dos escravos marcam uma das maiores transformações sociais vividas pelo País. Delinea-se neste momento a

Construção de uma identidade social e política do trabalhador brasileiro. [...] se inaugura a situação formal de que todos os homens são iguais perante a lei e se pode passar da construção do Estado para a construção da Nação, enfrentando a questão chave da extensão dos direitos de cidadania, fossem civis, políticos ou mesmo sociais (VASCONCELOS, 2001, p.78).

Mas quem eram esses sujeitos que começam a vislumbrar direitos?

Com a proclamação da República, o direito ao voto tinha teoricamente se generalizado a toda a Nação, mas apenas os indivíduos masculinos e alfabetizados podiam votar. [...] onde os trabalhadores eram, na grande maioria, analfabetos, essa restrição significava enorme empecilho à participação na vida política. [...]. Além do mais, 70% da população era rural. No mundo rural, as classes populares eram submetidas a um modelo de controle político: o coronelismo. [...] esse modelo criou raízes profundas na tradição de relação entre a elite econômica e os trabalhadores brasileiros [...]. O termo coronel passou aos poucos a designar os mandões da política local [...]. Esse ator passou a assumir uma função eleitoral para o governo central, uma prática política, que com outras roupagens, continua importante em amplas áreas rurais brasileiras, especialmente no Nordeste [...] (VASCONCELOS, 2001, p. 80).

Segundo LEAL (1978), o poder do 'coronel' se mantinha pela coerção exercida por seus empregados armados e pela dependência econômica dos moradores, numa relação paternalista. Nesta relação, o 'coronel' não era somente ameaça, mas também a proteção.

Em troca desta 'assistência e proteção', o morador responde com sua fidelidade, submissão e serviços. Estabelece-se um pacto que não é uma simples troca, mas algo marcado por um conteúdo moral, afetivo e cultural. É uma construção realizada durante séculos e, portanto, profundamente enraizada na cultura da população pobre e das elites [...]. Neste pacto, um dos serviços que o morador presta ao "coronel" é o voto no seu candidato. [...] pode-se dizer que o primeiro sistema de assistência à saúde se deu dentro desse pacto de submissão-proteção entre o camponês, o "coronel", o governo estadual e o governo federal, marcado pela cultura de troca de favores [...]. O camponês reivindicava e influenciava a utilização de recursos estatais em saúde mediante uma estratégia e um discurso de franca subordinação ao "coronel" que servia de intermediário entre o governo e a população (VASCONCELOS, 2001, p. 78).

Assim como a América Latina, o Brasil apresenta um crescimento econômico estável a partir dos últimos anos do século XIX. O país viveu

um processo de modernização: “urbanização, expansão das comunicações, migração interna” VASCONCELOS (2001,p. 83).

A vida nas grandes cidades, especialmente Rio, São Paulo e Santos, alterava-se intensamente. A abolição lançara o restante de mão-de-obra escrava no mercado de trabalho livre, engrossando o contingente de subempregados e desempregados. Era enorme o fluxo de imigrantes do exterior e das regiões rurais [...]. Havia grande falta de moradias, [...].A criminalidade era avassaladora. Era grande o número de menores abandonados. Os velhos problemas de abastecimento de água, de saneamento e de higiene viram-se agravados de maneira dramática no início da república com o mais violento surto de epidemias [...]. O ano de 1891 foi particularmente trágico, pois nele coincidiram epidemias de varíola e febre amarela, que vieram juntar-se às tradicionais matadoras: a malária e a tuberculose [...]. Essa situação caótica começou a ameaçar seriamente os interesses da economia agroexportadora. [...] várias medidas de combate começaram a ser ensaiadas e testadas [...]. O contexto político em que estas ações começaram a ser implementadas, marcou fortemente sua forma de ser. A razão fundamental das campanhas que se iniciavam não era o alívio das doenças da população, mas o interesse da burguesia [...]: a manutenção do fluxo comercial e a continuidade da vinda da mão-de-obra estrangeira. A intervenção sobre a população pobre acontecia porque era a forma de combater a transmissão. E esta população [...] era vista com desprezo pelo aparelho estatal (VASCONCELOS, 2001, p. 83-84).

Politicamente a higiene social servia para combater a indisciplina de alguns moradores que se recusavam a seguir as indicações dessas campanhas.

Procurava-se responder ao problema de organização e controle de uma população abertamente hostil às medidas de racionalidade e civilidade sanitária e cujos modos e usos higiênicos afrontavam ao projeto defendido pelos novos donos do poder. A higiene desenvolveu o argumento de que era necessário controlar e domesticar o mundo irracional de paixões populares, de estrangeiros que agitavam e assediavam as cidades. As práticas de saúde que se seguiram foram então extremamente autoritárias. (...) A resistência popular aumentava, cada vez com maior apoio das classes medias (...) (VASCONCELOS, 2001, P. 86).

Em 1904, acontece uma grande revolta, tendo como motivo a vacinação antivariólica obrigatória, até então as ações eram sobre o ambiente e neste momento passam a ser sobre o corpo e,

A importância desta ação foi mostrar que as classes populares e médias urbanas, se ainda eram incapazes de participar da orientação das políticas públicas de saúde que começavam a se estruturar, já tinham, no entanto, evoluído em sua organização e cultura a ponto de resistir ao autoritarismo das oligarquias. Era uma primeira forma de participação: a reação (VASCONCELOS, 2001, p. 87).

Segundo o autor, a partir de 1918, o escritor e farmacêutico Monteiro Lobato assumiu a bandeira de luta: “sanear é a grande questão nacional”. O problema brasileiro estava nas doenças endêmicas. Durante a década de 1920, a idéia de uma reforma sanitária transforma-se em aspiração nacional. Acontece a campanha pelo saneamento dos sertões,

[...] que foi muito mais um movimento da sociedade civil do que uma decisão do governo. Foi o início do movimento sanitário brasileiro que tem tanta importância na criação do SUS: pela primeira vez, os profissionais participaram, de forma central, da busca de uma alternativa política e institucional para a nação, aliados a outros setores da sociedade civil. VASCONCELOS (2001, p. 89).

Na década de 1950, são criados espaços de atividades sanitárias como o Serviço Nacional de Educação Sanitária com o objetivo de criar na coletividade uma compreensão dos problemas de saúde. No decorrer do tempo o paradigma da educação sanitária foi se alterando, reafirmando o conceito de que: “a educação sanitária abrange a soma de todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações” (12ª Assembléia Mundial da Saúde, 1958).

Nos anos 1960, a ditadura militar permite que a saúde volte-se para a expansão dos serviços médicos privados, onde as ações educativas, e, por conseguinte a participação popular não tivesse espaços significativos.

Profissionais de saúde e intelectuais, completamente descontentes com a lógica de mercado instituída nos serviços, articulam-se e têm acesso à dinâmica de luta e resistência das classes populares e, neste panorama, são reforçadas as questões que dizem respeito à participação e à intervenção da sociedade civil na política de saúde. A participação destes profissionais nas atividades de educação popular traz para a saúde uma articulação entre os mesmos e as classes populares, o que já aponta para a ruptura da tradição autoritária em saúde.

Na saúde, o processo deflagrado desde a década de 1970 possibilitou muitas conquistas pelas organizações populares. A grande participação na VIII Conferência Nacional de Saúde foi, sem dúvida, um grande marco.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE é uma conquista de vários sujeitos sociais. É uma legislação que garante, através de seus princípios, a construção de um sistema universal, integral, equânime, descentralizado e, especialmente, com a participação popular. É o cidadão participando das decisões sobre como a saúde precisa ser olhada e construída no seu município.

A partir das aprovações das Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 2001), os avanços na área da saúde têm sido o resultado de disputa acirrada em especial por duas correntes políticas: a primeira que tem na defesa da saúde o direito básico do cidadão e dever do Estado, com a participação popular; e a segunda que entende saúde como um produto incluso no mercado, à disposição de quem pode pagá-la e sujeita aos seus interesses.

O avanço com relação à política de saúde no Brasil tem sido também resultado desta importante luta que emerge a partir do movimento pela reforma sanitária. A luta pela democratização da saúde, reforça a necessidade dos indivíduos se transformarem em sujeitos sociais organizados na luta pelo direito à saúde como dever do Estado. A partir das leis do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, a diretriz controle social é apontada como um dos suportes para o gerenciamento adequado e participativo da saúde, em cada esfera de governo.

Discutindo a participação popular, é necessário nos reportarmos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento em que vários movimentos populares ajudaram na discussão e implementação da reforma sanitária no Brasil e na luta pela inclusão da participação popular e do Controle Social, uma das conquistas mais marcantes para levar adiante a luta pela descentralização e municipalização da saúde.

A luta pela inclusão do usuário e conseqüentemente no exercício do controle social é seguida-acompanhada de embates que dizem respeito à institucionalização ou não da participação popular.

O movimento sanitário tinha uma proposta para o exercício deste controle como possibilidade de poder da população sobre o Estado, o que já vinha acontecendo em alguns espaços pela atuação dos movimentos sociais e que vinha sendo potencializado a partir de estruturas organizadas, a participação nas decisões e na descentralização da saúde. Por outro lado, poderia e pode ser uma estratégia de legitimação do poder existente pelo controle do Estado aos usuários na luta para democratização da saúde não se efetivar.

Em oficina de trabalho promovida pela ABRASCO (1993), (RAGGIO apud WENDHAUSEN, 1999, p. 17), fazendo uma avaliação sobre os avanços, dificuldades e possibilidades dos conselhos de saúde, diz que:

[...] a dimensão perigosa do controle social se inicia pelo equívoco conceitual: na sociologia controle social é o disciplinamento da sociedade pelo Estado e é o que vem se impondo através da ação dos conselhos, já que as demandas por ampliação da medicalização¹⁹ da sociedade estão sendo exigidas pela própria sociedade. A associação entre medicalização e controle social resulta significativamente complexa quando é a própria população quem pode terminar legitimando a interferência e controle da vida da população “pobre”. [...].

¹⁹“Introdução gradual de padrões sociais, culturais, políticos a partir de parâmetros da ciência médica, cuja subjetividade resultante é uma necessidade (demanda) crescente de atos médicos interventivos sobre a vida e a saúde” (WENDHAUSEN, 1999, p. 15).

O controle social se insere num espaço contraditório de atuação da sociedade civil na gestão das políticas públicas a fim de controlá-las para que as mesmas atendam às demandas sociais.

Segundo WENDHAUSEN (1999), é importante que se avalie os conselhos, que são uma das possibilidades de rediscutir os caminhos para o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; é necessário empreendermos análises que digam da qualidade de atuação e intervenção e representatividade dos conselhos. É preciso ir além na discussão do controle social, da institucionalização da participação, para que isto realmente represente um avanço e que estas discussões nos permitam enxergar que sujeitos são nossos aliados para a construção deste novo modelo de saúde.

Este breve relato da história da participação popular nos últimos anos tem por objetivo trazer elementos que possam contribuir para o entendimento e análise da participação da população, no exercício do controle social do município.

2.2 – Conselhos de Saúde: um espaço para a participação popular e o controle social

Os conselhos de saúde são criados para discutir e estabelecer prioridades no planejamento das questões de Saúde para Municípios, Estados e País. No âmbito federal, temos o Conselho Nacional de Saúde; em nível estadual, os Conselhos Estaduais de Saúde e na esfera municipal, os Conselhos Municipais de Saúde. Eles têm como atribuição deliberar e fiscalizar a política de Saúde nas esferas municipais, estaduais e federal. Os Conselhos de Saúde foram implantados em quase todos os municípios do país e foram criados para qualificar o trabalho realizado na área. Na relação atual estabelecida pelas administrações públicas com os conselhos, os conselheiros da sociedade civil têm sido, muitas vezes,

simples coadjuvantes na deliberação de políticas já definidas pelos órgãos de governo e/ou categorias profissionais.

A legislação Brasileira, no que se refere à saúde é, sem dúvida, um grande avanço, mas para a efetivação da política da saúde é de extrema importância que os movimentos sociais se organizem a partir de seus interesses e exercitem o controle social cobrando o compromisso de seus governantes na construção do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

A Constituição Federal de 1988 na seção II, no seu artigo 196 traz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição Federal de 1988 trata da saúde, do artigo 196 até o artigo 200. O artigo 198 remete às diretrizes do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, entre elas, a participação da comunidade. No capítulo II da Lei 8.080/90, quando são tratados os princípios e diretrizes do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, aparece novamente a participação da comunidade, mas é na lei 8.142/90 que se regulamenta a participação da comunidade na gestão do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, e estabelece as conferências de saúde e os conselhos de saúde, como instâncias colegiadas de controle social.

A Norma Operacional Básica - NOB 01/96 (BRASIL, 1996), quando estabelece responsabilidades aos municípios habilitados, atribui o fortalecimento do controle social como um dos compromissos, e finalmente a Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS - 01/2001 (Brasil, 2001) reforça novamente o controle social, solicitando para isto a comprovação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

A constituição de tais espaços tornou-se possível, também, em virtude das mudanças que se processaram no caráter dos movimentos populares, que, *de costas para o Estado* no contexto do autoritarismo militar, redefiniram suas estratégias e práticas e passaram a considerar a

participação institucional como espaço a ser ocupado. Atenuou-se, de certa forma, a desconfiança de que a participação nas estruturas institucionais levaria necessariamente à manipulação e à cooptação da presença popular (RAICHELIS, 2000, p.36-37).

Alguns autores (VALLA e col.,1993; SILVA JÚNIOR, 1998) consideram que a institucionalização da participação popular em saúde pode representar riscos para os movimentos e organizações populares, mas também entendem que a ocupação destes espaços institucionais pode trazer mais benefícios do que riscos.

Com relação aos órgãos públicos, (JACOBI, 1992), destaca que há algumas resistências a experiências participativas, demonstrando a limitação das propostas estabelecidas pelos próprios órgãos do Estado, à medida que nem sempre parecem dispostos a correr riscos.

A participação efetiva baseia-se na cidadania e, principalmente, em uma vontade política dos governantes de abrir espaços onde se possa questionar a ordem estabelecida. (JACOBI, 1992). É importante a consolidação de instrumentos que viabilizem a prática da democracia participativa e a criação de condições para os cidadãos, através de organizações representativas da sociedade civil, participarem das decisões do Estado que afetam suas vidas nas questões de saúde (DESCENTRALIZAÇÃO, 1993).

Ao analisar o significado da proposta dos conselhos na área da saúde, a política social que tomou a dianteira nesse processo, percebe-se que:

Situando-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro, aparecem como um constructo institucional expressivo da imagem-objetivo de democracia em saúde, perseguido pelo processo da reforma sanitária (CARVALHO, 1995, p. 4).

É importante dizer que o município de Chapecó, especialmente nos últimos anos, a partir de diversos agentes comprometidos com a qualidade que o sistema de saúde precisa oferecer ao cidadão, tem participado da construção do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, interferindo inclusive na

participação da região, que tem sido bastante ativa no que concerne a organização e participação nas conferências municipal, regional, estadual, e mesmo nacional, e nas instâncias Bipartite²⁰ e Tripartite²¹ do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Tal participação contribui para a qualificação das ações que são desenvolvidas nos municípios da região. Contudo, mesmo considerando o trabalho que vem sendo realizado a participação tem acontecido muito mais nas categorias governo e profissionais, o que “afasta” a população dos fóruns de deliberação estadual e regional e federal.

Não precisamos fazer muito esforço para perceber as correlações de forças existentes em nossa sociedade e que têm condicionado a vida de milhões de brasileiros. O projeto societário vigente no Brasil tem profundo recorte de classe e atende interesses bastante definidos. Analisando-o podemos perceber claramente a ética que o orienta.

O trabalhador de enfermagem precisa contribuir para a construção de um projeto de sociedade que tenha por base a realização plena da emancipação humana, lutar pela justiça social, pela cidadania, pela democracia, por uma vida digna a todos os cidadãos. Tais princípios extrapolam o compromisso apenas profissional, mas nos orientam enquanto cidadãos, seres humanos partícipes de uma sociedade em construção. Por estar em construção esta sociedade não está dada, pronta e acabada, ela possui inúmeras possibilidades que precisam ser conhecidas e exploradas por nós.

Lembramos uma frase de KARL MARX (1974, p. 59) na 11ª tese contra Feuerbach, que diz muito sobre essa opção profissional: “Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo diferentemente, cabe transformá-lo”.

Esse é o desafio para aqueles capazes de contribuir para a transformação do mundo. Entendo que esta responsabilidade não é

²⁰ Instância que reúne representantes do estado e dos municípios para discutirem, e deliberarem ações do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

²¹ Instancia que reúne representantes da união, estados e municípios para discutirem, e deliberarem ações do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

exclusiva desta ou daquela profissão, deste ou daquele partido político, desta ou daquela liderança, e sim uma ação a ser realizada por todos aqueles que desejam uma sociedade mais justa, democrática, pautada na ética e no respeito e na qual os cidadãos tenham direito de participar nas decisões das políticas, construindo o controle social de forma efetiva.

Em Chapecó uma das alternativas que vem sendo utilizada para que a participação da população aconteça são os Conselhos Locais de Saúde.

2.3 – O Controle Social em Chapecó

O Oeste Catarinense vem fazendo a discussão da reorganização do sistema de saúde desde a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LEI 8080/90 e 8124/90). Chapecó como município pólo tem sido responsabilizado por algumas direções neste sentido. A discussão da participação popular também é muito intensa. A partir de ações de movimentos sociais e também de uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde que, desde 1997, inclui a questão dos Conselhos Locais de Saúde nas prioridades em saúde.

Chapecó é o maior município da região da Associação dos Municípios do Oeste Catarinense - AMOSC tanto em população, como pelas atividades econômicas. É o quinto município do Estado quanto à população e ocupa o quarto lugar na economia catarinense (PIMENTA, 2000, p. 13). Chapecó tem, uma área de 624.30 km² e, segundo censo (IBGE 2000), 151.153 habitantes, sendo que 90,8% residem na zona urbana. O êxodo rural tem sido uma constante; conforme dados do IBGE, nos últimos 4 anos essa migração foi de 28% .

O município é jovem; em 2003 completou 86 anos. Segundo RENK (1997), a formação étnica e cultural de Chapecó e região é marcada pela contribuição da população indígena, dos caboclos e imigrantes europeus,

principalmente italianos e alemães, havendo uma forte miscigenação. Há índios da etnia Kaingang (Toldo Chimbanguê e Condá) no município.

Segundo o PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (2002-2005), a economia do município é marcada pelo complexo agro-industrial de suínos e aves, pois é sede dos três maiores frigoríficos do País. A agricultura familiar e a pequena propriedade agrícola predominam na área rural. Além da produção e industrialização de suínos e aves, contribuem para a economia as indústrias de metal-mecânico, moveleira, plásticos, bebidas, alimentos e confecções. Para PIMENTA (2000), o município, apesar do potencial, vem especialmente na década de 1990 sentindo os efeitos perversos da crise no país. Tem crescido o desemprego; a agricultura tem apresentado dificuldades; o comércio reflete os efeitos na produção e o setor de serviços não absorve desempregados de outros setores.

De acordo com a mesma autora, para analisar a participação popular no município, é preciso conhecer um pouco da história política da região. A história é recente e o acúmulo acontece especialmente a partir de movimentos sociais nascidos das pastorais da Igreja Católica, que, já no final da década de 1970 até o início de 1990, contou com uma diocese voltada para a organização dos movimentos populares. Na região, as Pastorais: Indígena, da Juventude, da Saúde e da Terra organizaram movimentos em defesa dos direitos dos cidadãos, promovendo mobilização popular nos bairros e especialmente na área rural.

A pastoral de saúde inicia sua história em meados dos anos 1970, em Chapecó, quando o Bispo Dom José, sensibilizado pela situação de vida em sua diocese, resolve promover a organização das pastorais sociais e convida uma enfermeira para assumir na diocese o trabalho na área da saúde (KLEBA, 1998, p.98).

A saúde também teve um movimento importante no interior da Cooperalfa²², espaço onde profissionais médicos e enfermeiras já tentavam

²² Grande cooperativa da região, que tem, ainda hoje, uma inserção intensa especialmente nas comunidades rurais dos municípios. Cooperativa Regional Alfa.

ampliar esta discussão sobre a participação da população nas definições de algumas ações, a partir de discussões pontuais. Isto acontece especialmente nas regiões rurais do município e da região. “Na década de 1980 a partir desta cooperativa, foi organizada a atenção à saúde das famílias com a contratação de médicos e de enfermeiras, e trabalho voluntário de agentes comunitários de saúde” (PIMENTA, 2000, p. 248).

Ainda a partir de ações da Igreja Católica, os agentes de saúde formados em seus espaços

[...] motivados antes de tudo pela possibilidade de ter um papel na sociedade, ser importante e poder contribuir foram se envolvendo com a questão política da saúde, gradualmente, estimulados pela Coordenação Diocesana da Pastoral em Chapecó e a partir de meados dos anos oitenta, após a Campanha da Fraternidade “Saúde para Todos” promovida em 1982 em nível nacional pela Igreja Católica. (KLEBA, 1998, p. 99).

No final da primeira metade da década de 1990 houve uma mudança de orientação interna da igreja e conseqüentemente das pastorais, que se reflete de maneira significativa na mobilização e organização populares, que então passa por um momento de refluxo e desmobilização (PIMENTA, 2000, p. 248).

Estes movimentos contribuíram para que se originassem no município, sindicatos combativos, partidos políticos de oposição, lideranças políticas do campo democrático popular e surgem os primeiros mandatos legislativos e executivos de esquerda no município.

Segundo ALBA (2002), Chapecó ao longo de sua história foi administrado por partidos políticos conservadores, cujas lideranças provinham de algumas famílias ilustres que detinham também o poder econômico como Bertaso, De Marco, De Nez, Migliorini, entre outros. Com o crescimento da cidade, a diversificação econômica e também o declínio econômico dessas famílias, este poder foi se diluindo, e em 1996, a Frente Popular, composta por partidos de esquerda, ganha as eleições. Esta

vitória se repete em 2000. Desde então, o Partido dos Trabalhadores está à frente do executivo municipal há sete anos. Os partidos de esquerda, também na última eleição, conseguiram eleger um número expressivo de vereadores para a Câmara Municipal de Vereadores.

A administração municipal, que desde 1997 tem um cunho democrático e popular, busca estratégias coletivas para a superação das dificuldades enfrentadas e implantou alguns instrumentos de gestão: o Orçamento Participativo²³ e o Congresso da Cidade²⁴, como “estratégia de aprimorar a construção da democracia na gestão pública Municipal de Chapecó” (PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL 2002/2005). O orçamento participativo tem possibilitado a participação da população para definir prioridades de investimento do poder público municipal. Outra estratégia é o congresso da cidade que possibilita a participação de todos os munícipes interessados em contribuir com o planejamento da cidade. Em 2002 foi planejado para os próximos quinze anos o que a cidade quer para as áreas de transporte e trânsito, meio ambiente e uso do solo urbano.

A operacionalização destes instrumentos tem mobilizado a população no sentido de expressar suas necessidades, carências e principalmente seus valores e crenças. Neste sentido, o Orçamento Participativo – OP tem sido uma experiência muito rica, nas várias fases de discussão com a sociedade, apesar das dificuldades encontradas, porque nestes espaços a disputa de poder é intensa e os arranjos políticos, muitas vezes, acontecem a partir de decisões pontuais e pautadas no interesse partidário.

Desde os últimos anos da década de 1990 a organização popular no município, bem como em todo o Brasil, passa por um momento de

²³ Orçamento participativo é um processo que visa envolver a comunidade nas discussões e no planejamento e priorização das ações da administração municipal.

²⁴ É uma possibilidade de discutir a regulamentação do desenvolvimento urbano, “com mudanças sobre o direito da propriedade e no enfrentamento da propriedade e no enfrentamento do quadro de exclusão, do quadro de exclusão, desigualdade e segregação. (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2003, p. 1).

retraimento e desmobilização. Apesar disto, a participação nestes fóruns de decisões tem sido expressiva.

Na saúde esta caminhada tem sido árdua, mas, apesar disto, os conselhos, que possibilitam a decisão compartilhada entre gestores, usuários, trabalhadores e prestadores de saúde têm realizado, ainda que de forma tímida, a discussão sobre que modelo de saúde se quer.

Apesar dos avanços computados no município de Chapecó, a realidade da participação social na política de saúde não difere da realidade nacional, apresentando, vários limites. Na política de saúde, até o ano de 1996, a participação popular se dava por disputas a partir de alguns segmentos dos movimentos sociais e pela participação no Conselho Municipal de Saúde, criado em 1991, que tinha representação das pastorais, fóruns populares, sindicatos, entre outros. Estes movimentos sociais no final da década de 1990 vinham um pouco desarticulados.

O Conselho Municipal de Saúde de Chapecó não tem conseguido definir políticas na perspectiva dos usuários, pois funciona mais como um espaço de debate entre as corporações profissionais e o governo municipal, impossibilitando manifestações daqueles que efetivamente usam os serviços do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE [...]. Diz ainda que para compreender este fenômeno é necessário lembrar a história do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, pois sob o ângulo estritamente legal, o conselho observa as recomendações do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE [...]. (PIMENTA, 2000, p. 249).

O Conselho Municipal d Quando da institucionalização do controle social e entendendo-o como a participação do usuário nas deliberações para a política e as ações de saúde a partir de 1991, e Saúde de Chapecó foi criado em 1991 pela Lei Municipal nº 3.290, de 1º de julho de 1991 (anexo 1) sem respeitar a paridade prevista na lei 8.142/90 (BRASIL, 2001). Um grupo de entidades profissionais e sindicatos, através da justiça, forçou o governo municipal a constituir um conselho paritário. Neste momento, trabalhadores de saúde, junto com sindicatos e usuários já se apresentam como responsáveis pelo controle da aplicabilidade das

leis do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. A lei é alterada após muitas idas e vindas do executivo municipal.

A Lei de criação do Conselho Municipal de Saúde (1991) em Chapecó denomina a entidade que irá compor o Conselho Municipal de Saúde e estabelece que o conselheiro que faltasse determinado número de reuniões deveria ser substituído por outro representante da *mesma entidade*. Algumas destas entidades não são de fato representativas dos usuários e várias delas sucessivamente não compareciam durante todo o ano.

A fim de solucionar o problema, a administração municipal (1997-2000) propôs na 2ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1998, “nova legislação com uma composição que abrangesse os Conselhos Locais de Saúde e outras entidades representativas dos usuários a serem escolhidas em amplas assembléias publicamente convocadas, superando as designações do Poder Executivo Municipal” (PIMENTA, 2000, p. 249). Ainda em 1998, quando da organização da 2ª Conferência, a “Secretaria Municipal de Saúde decidiu realizar pré-conferências com o objetivo de intensificar a participação popular e democratizar o debate sobre o SUS municipal” (2000, p. 251).

Essas pré-conferências têm sido utilizadas também para escolha de delegados à Conferência Municipal, o que segundo alguns conselheiros e entidades é ilegal, pois fere a Lei 8142 que diz como serão compostos os conselhos e conferências: por representantes dos usuários, por representantes do poder público, trabalhadores de saúde e prestadores. Pela Lei Orgânica da Saúde, 50% dos conselheiros devem ser usuários e os outros 50% divididos pelos outros três segmentos, o que garantiria que esta fosse a composição dos delegados para a conferência. Foi encaminhada à promotoria uma solicitação de providência quanto ao regimento da IV Conferência de Saúde pela Associação Médica Regional Oeste Catarinense, e correu o processo de averiguação, conforme apresento no anexo 2.

Como os Conselhos Locais são organizados com a coordenação, apoio e estímulo da Secretaria Municipal de Saúde algumas pessoas

envolvidas na discussão da política de saúde no município questionavam se isto não poderia trazer uma relação de subordinação dos mesmos à secretaria.

Este embate foi sendo apontado e a alteração da composição do conselho encaminhada pelo executivo recebeu uma emenda no legislativo, que defendia a inclusão das associações de moradores e não dos conselhos locais de saúde, no Conselho Municipal de Saúde. Esta proposta foi colocada em votação na Câmara Municipal de Vereadores no ano de 2001, sendo aprovada.

O embate político com relação às conferências tem se arrastado desde então, junto ao conselho, câmara municipal e promotoria e, apesar de pareceres contrários da promotoria, a equipe central tem encaminhado as conferências utilizando pré-conferências para a retirada de delegados, tendo como critério para número de delegados a participação nas mesmas, o que permite uma maior participação dos usuários.

Em agosto de 2002 foi realizada a 4ª Conferência Municipal de Saúde. Na fase preparatória desta, foram realizadas 30 pré-conferências dos Conselhos Locais de Saúde e 3 pré-conferências das entidades, com a participação de 1120 pessoas; foram escolhidos 120 delegados. Muitos destes delegados são usuários, número bem acima daquele que a legislação preconiza, o que tem provocado questionamentos quanto à legitimidade dos delegados eleitos nas pré-conferências, afirmando que isto quebra a paridade e desrespeita a lei, enquanto outros dizem que a lei 8.142 existe justamente para garantir a participação do usuário nas decisões e que outros setores, como prestadores, profissionais e governo, já estão protegidos pela posição que ocupam, e a informação que acumulam própria de sua condição. Se alavancarmos a defesa da paridade quantitativa estaremos realmente defendendo o qualitativo, ficando a interrogação: existem condições de igualdade na representatividade paritária?

[...] não conseguimos que os principais atores na construção de um Sistema de Saúde Municipal

universalizado, resolutivo, de boa qualidade, e humanizado, ou seja, os **usuários** participassem de maneira ativa deste processo. Muitas mudanças foram introduzidas na política de saúde do município de Chapecó a partir das eleições que conduzem ao poder uma administração de esquerda, num primeiro momento a ampliação do acesso aos serviços foi a prioridade, tanto nos serviços básicos como na oferta dos serviços de maior complexidade (SAÚDE CHAPECÓ, pg.5, 1998).

A partir de 1997 foi iniciada uma discussão pela equipe central da Secretaria Municipal de Saúde (gestor e técnicos da SMS), sobre a criação dos conselhos locais a partir das unidades de saúde. Neste ano estava sendo encaminhado o orçamento participativo, iniciado pela administração de esquerda, situação que já vinha trazendo acúmulo para a participação da população na definição de prioridades, “no primeiro ano de governo 15.000 pessoas participaram dos debates” (PIMENTA, 2000, p. 250).

Já em 1998, quando faz a avaliação do primeiro ano de administração, o caderno Saúde Chapecó traz o seguinte, com relação à participação popular (pg. 37):

[...] a análise da participação popular na definição da política municipal de saúde evidencia muito mais uma situação esporádica, do que a construção de um processo em que a população assume o papel de sujeito no controle social desta política.

Foi iniciado, então, o debate com lideranças locais e percebeu-se que existia muita receptividade para a discussão dos temas relacionados à saúde, mais em relação aos aspectos micro, com pouco olhar para o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE municipal. De acordo com PIMENTA (2000), foi a partir destas análises que se decidiu criar uma função, na Secretaria Municipal de Saúde, para atuação na organização dos conselhos locais de saúde.

A implantação dos conselhos locais de saúde em Chapecó tem sido coordenada pela administração municipal defendendo que seja aberta a participação a qualquer cidadão, “[...] os conselhos são formados por moradores dos bairros e comunidades atendidas pela unidade” (PIMENTA, 2000, p. 252). O executivo municipal, a partir da secretaria da saúde, tem

defendido a posição de que o Conselho Local de Saúde seja o espaço para o usuário discutir suas prioridades em saúde, mesmo que estas, neste momento, sejam pontuais e corporativas.

Aqui se coloca uma questão interessante para a Enfermagem: o Conselho Local mantém uma relação próxima da unidade, na maioria dos casos a enfermeira é o trabalhador que acompanha o mesmo. Junto com o questionamento a respeito do controle social surge outro: as enfermeiras têm sido despertadas para a possibilidade de atuação nesta área e têm se colocado como sujeitos no processo de construção e efetivação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE e se comprometido com a diretriz controle social?

Neste contexto existe a possibilidade da enfermeira ser uma incentivadora do controle social sobre as políticas públicas. A enfermeira sempre esteve presente neste campo, ora auxiliando no controle do Estado sobre a população, ora contribuindo para o controle social sobre o Estado. Esta última opção tem sido um desafio a ser construído a partir das possibilidades de participação nas diversas instâncias de decisões.

Na região, em especial em Chapecó, as enfermeiras têm participado dos Conselhos Locais de Saúde e dos vários conselhos municipais, unindo-se a outros trabalhadores de saúde, educação, assistência social, agricultura, a usuários e governo, com a finalidade de efetivar as políticas públicas.

2.4 – O Referencial Teórico para o percurso

O estudo da sociedade capitalista, em que vivemos, exige mais do que apenas compreendê-la; implica construir elementos para superá-la, transformá-la. De acordo com MARX (1974, p. 335), é preciso partir da compreensão de que “os homens fazem sua própria história, mas não a

fazem sob circunstâncias de sua própria escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diariamente, legadas e transmitidas pelo passado”.

O marxismo, nesse sentido, defende um claro posicionamento em favor da classe oprimida – os trabalhadores e nega a neutralidade apregoada pelos estudiosos “conservadores” ou teóricos da burguesia que ao desenvolverem seus estudos, reforçam o ponto de vista burguês. Obviamente que esse compromisso explícito com a classe trabalhadora não permite negligenciar o trato rigoroso do estudo de seus elementos. Ao contrário, MARX (1974), recomenda o estudo teórico e uma compreensão fundamentada da realidade, já que é impossível, para um pesquisador, fazer mediações baseadas apenas no senso comum.

O marxismo abriu caminho ao estudo global e universal do processo de nascimento, do desenvolvimento e do declínio das formações econômicas e sociais examinando o conjunto das tendências contraditórias, reconduzindo-as às condições de existência e de produção, claramente determinadas, das diversas classes da sociedade [...]. Só o estudo do conjunto das tendências de todos os membros de uma sociedade ou de um grupo de sociedades permite definir com uma precisão científica o resultado destas tendências. (LÊNIN 1980, p. 23-24).

Assim, quem quer se debruçar sobre o estudo de uma dada realidade precisa estudar, conhecer. O método dialético me faz questionar o dado “natural”, exigindo envolvimento, posicionamento.

Pedir uma ciência imparcial numa sociedade fundada sobre a escravidão assalariada é de uma ingenuidade tão pueril como pedir aos fabricantes para serem imparciais na questão de saber se convém diminuir os lucros do capital para aumentar o salário dos operários (LÊNIN, 1980, P. 57).

Acredito que a vida social deve ser analisada levando-se em conta as leis de mudança que regem os fenômenos; partir do estudo dos fatos concretos, expondo o movimento do real em seu conjunto. Não existe preocupação com o estudo cronológico da realidade. Ao contrário, a preocupação é com o movimento do real.

Os indivíduos são assim como manifestam sua vida. O que eles são coincide, portanto, com a sua produção tanto com o que produzem tanto também com o como produzem. Portanto, o que os indivíduos são depende das condições materiais de sua produção (MARX e ENGELS 1984 p. 187).

MARX E ENGELS (1984), na teoria do conhecimento do materialismo dialético, discutiram as bases da prática como critério de verdade. Afirmaram que a única maneira segura de distinguirmos os humanos dos animais é compreender como os seres humanos produzem seus meios de vida.

A História do desenvolvimento da sociedade difere substancialmente, num ponto, da história do desenvolvimento da natureza. Pode-se distinguir os homens dos animais pela consciência [...]. Eles começam a se distinguir dos animais tão logo começam a produzir os seus meios de vida. [...] na história da sociedade, os agentes são todos os homens dotados de consciência que atuam sobre o impulso da reflexão e da paixão, buscando determinados fins. (MARX e ENGELS, 1984, p. 187).

Partindo desta compreensão de que a história é tecida e construída por estes homens,

[...] temos que começar constatando que o primeiro pressuposto de toda existência humana e portanto também de toda a história, a saber, o pressuposto de que os homens precisam estar em condições de viver para poderem “fazer história”. Mas para viver é preciso antes de mais nada comer e beber, morar, vestir e ainda algumas coisas mais. (MARX E ENGELS, 1984, p. 194).

Assim, entendo que a participação popular, o controle social, a possibilidade de o cidadão intervir sobre a política de sua cidade ou país, são algumas, dentre tantas possibilidades, de se “*fazer historia*”.

A partir do método dialético-marxista, considero que o processo de formulação das políticas públicas pode ser entendido com base na análise e compreensão da sociedade capitalista, que se organiza numa estrutura de classes com interesses distintos, tendo o Estado o papel de garantir o

respeito de interesses diversos, apesar de na maior parte das vezes representar os interesses da classe dominante.

A política social é vista como um espaço contraditório, haja vista que esta pode permitir o controle da sociedade pelo Estado, mas ao mesmo tempo pode possibilitar que este Estado perceba algumas das demandas da sociedade.

Ora, neste espaço contraditório que se inserem os conselhos que podem possibilitar que a população defenda seus interesses ou, ainda, podem ser mecanismos de controle do Estado sobre esta população.

A institucionalização da participação popular na saúde tem acontecido dentro de um processo de redemocratização e descentralização do Estado brasileiro na década de 1980, quando se dão os primeiros canais de interlocução entre Estado e população, em contraponto ao autoritarismo e centralização do regime militar.

O movimento sanitário lutou em busca de um sistema único, que garantisse acesso universal, descentralização administrativa, participação popular. A participação popular foi regulamentada a partir de duas instâncias:

A conferência que vai avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. [...]. O CMS que tem caráter permanente e deliberativo e deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (LEI 8.142/90).

No âmbito local, as análises marxistas, no que diz respeito ao sistema de representações de interesses, têm sido feitas com diferentes perspectivas, “privilegiando a esfera econômica, a esfera política ou as mediações de poder de classes exercidas pelos atores locais” (CASTRO, 1988 p. 57).

Por isso, entendo ser importante estudar a perspectiva do controle social a partir dos conselhos locais de saúde e a possibilidade desta efetivação sob a ótica do materialismo dialético, no sentido de perceber as

várias formas de interesse e os arranjos de poder que são construídos neste espaço.

2.5 – Marco Conceitual

Segundo MINAYO (1994), toda a construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas por conceitos. Os conceitos vão definir a forma e o conteúdo de uma teoria, refletem uma forma de perceber a realidade. Indicam a direção, mostram sob que olhar a investigação vai ser percebida e que caminho poderá ser traçado a partir deste sistema de conceitos. No meu entendimento, o referencial dialético possibilita a investigação sobre a percepção de controle social e o processo de construção da participação popular na política de saúde do município.

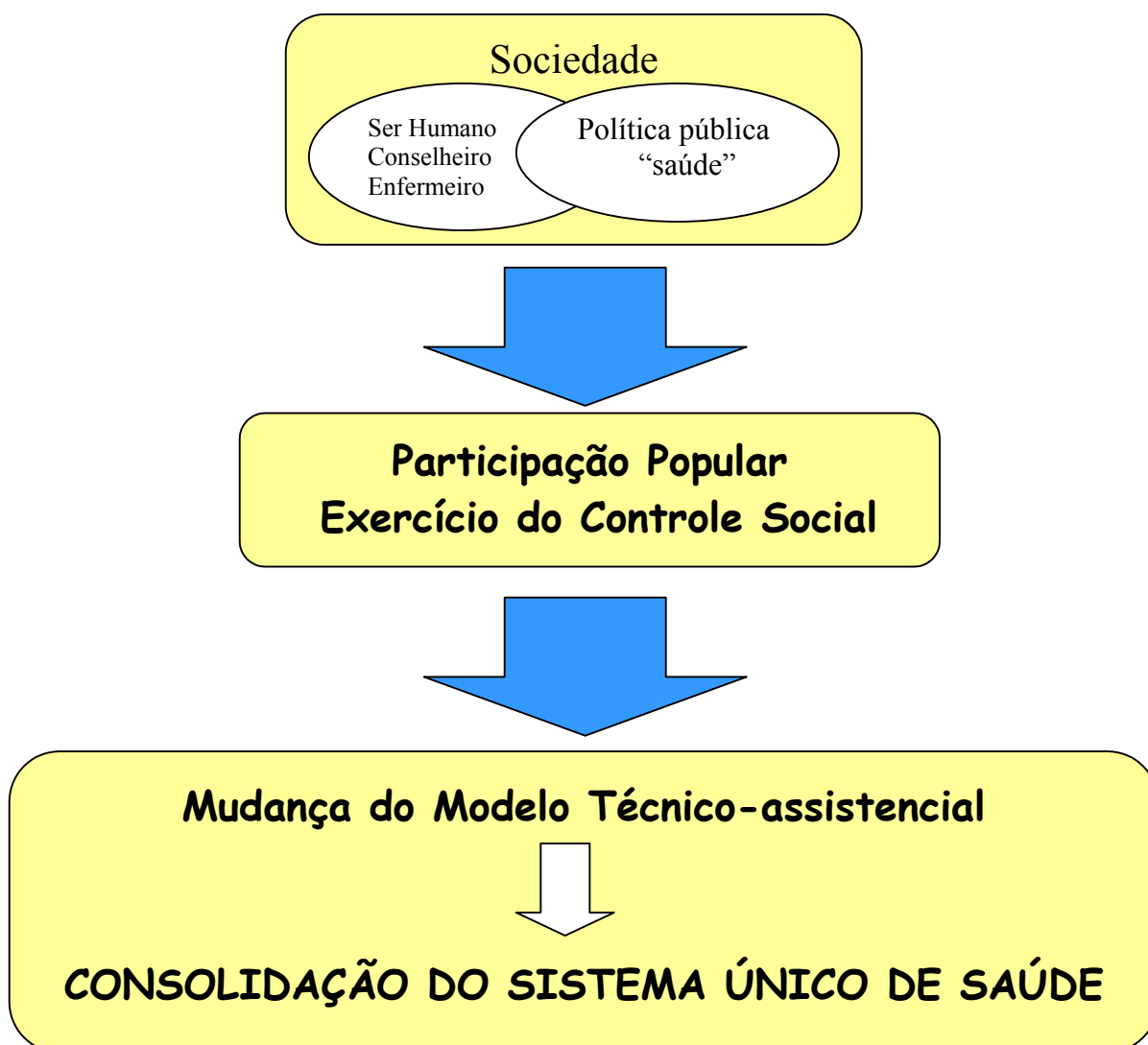
A partir da abordagem dialética é possível abarcar o sistema de relações que constrói o modo do conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. [...] Considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelo sujeito (MINAYO, 1994 p. 24-25).

Utilizar o referencial materialista-histórico-dialético é procurar encontrar caminhos o mais próximo da realidade, contribuindo com a sociedade, sem perder a postura crítica em relação aos seus próprios achados.

Os homens foram e serão sempre, em política, os ingênuos enganados pelos outros e por si próprios, enquanto não tiverem aprendido, por detrás das frases, das declarações e das promessas morais, religiosas, políticas e sociais a discernir os interesses de tais ou tais classes. Os partidários das reformas e melhoramentos serão sempre enganados pelos defensores da velha ordem das coisas [...]. E para quebrar a resistência dessas classes, não há

senão um meio; encontrar na própria sociedade que nos rodeia, e depois educar e organizar para a luta, as forças que podem - e devem pela sua situação social – tornar-se a força capaz de varrer o velho e criar o novo. (LÊNIN, 1980, p. 62).

O método crítico dialético tem sido utilizado já há algum tempo pela enfermagem. Apesar de, inicialmente, não ter se compreendido muito bem a proposição marxista, atualmente, devido especialmente ao número expressivo de trabalhadores de saúde que vêm se dedicando a esse exercício, cada dia mais se consolida o uso do referencial marxista entre nós. Essa compreensão poderia ser apresentada graficamente a partir da seguinte figura:



A partir do esquema acima apresentado é fundamental destacar as categorias que fundamentam meu trabalho:

A Sociedade é o nosso ponto de partida, sendo entendida, como o contexto onde se dá o processo de interação do ser humano. Estes formam comunidades, ocupam um espaço geopolítico e vivem associados a diferentes grupos (família, escola, unidade de saúde, grupos religiosos). No espaço geopolítico estão envolvidas as dimensões das relações de trabalho e produção, políticas, sociais, culturais, psicológicas e biológicas, entre outras inerentes ao existir do ser humano; este por sua vez influencia o meio ao mesmo tempo em que é por ele influenciado, num processo constante e dinâmico.

De acordo com FREIRE (2000), as atividades propostas aos seres humanos devem estar no seu meio vivencial, sendo irradiada e irradiando cultura a partir da experiência, da reflexão crítica, das idéias e das concepções da comunidade da qual faz parte. Logo, o espaço no qual este estudo irá se desenvolver é um Conselho Local de Saúde, dentro de seu contexto diário de relações. Os conselhos são formados a partir da participação dos indivíduos, residentes na área de abrangência do mesmo.

A partir de EGRY (1999), a sociedade brasileira estando assentada no modo de produção capitalista periférico, é formada por classes sociais com diferentes condições de acesso ao processo de produção de bens e de serviços necessários à reprodução da vida dos indivíduos.

Para MARX, o indivíduo é um ser social – mesmo quando não surge diretamente na forma de uma manifestação comunitária, conjuntamente com outros homens – constitui, pois, uma expressão e uma confirmação da vida social (MARX, 1993, p. 195). Os **seres humanos** estão inseridos em uma teia de relações históricas, determinadas pelas relações de trabalho, questões políticas, sociais, culturais.

Nestas relações o diálogo é um instrumento fundamental para a participação. Ele implica uma relação horizontal que leva em conta a realidade de cada sujeito, as questões culturais, os valores e se baseia na confiança, e na recriação do humano à medida que o diálogo acontece, refletindo sobre sua realidade. “O diálogo é uma exigência existencial que

permite ultrapassar o imediatamente vivido e que **solidariza o agir e o refletir seus sujeitos**, voltados para o mundo” (FREIRE, 2000, p. 34).

Entendo a **enfermeira** como uma trabalhadora que em seu percurso profissional tem no exercício da enfermagem sua atividade básica, desenvolvendo suas intervenções, determinadas pelas relações de trabalho e produção, questões políticas, culturais e está inserido em uma teia de relações históricas. Tem por finalidade instrumentalizar e instrumentalizar-se para que coletivamente busque as habilidades necessárias para atingir os objetivos de “saúde”.

Nessa busca um sujeito importantíssimo é o **Conselheiro** – que é aquele indivíduo que em sua história construiu possibilidades de estar envolvido em negociações e definições a respeito de determinadas situações no seu contexto histórico, no caso, a saúde. Logo, os conselheiros e enfermeiras, no presente estudo, são indivíduos inseridos em um contexto social determinado por relações das mais diversas, que vivem em uma teia de construção histórica, e que têm a possibilidade de interferir nas determinações sociais, políticas, culturais de como a saúde pode ser vista e definida no Município.

A partir deste ser humano, é preciso olhar a **Enfermagem** como uma disciplina e profissão que possui em seu processo histórico a atividade básica do exercício de enfermagem, trabalha interagindo com os sujeitos que necessitam de seus cuidados na promoção, prevenção e recuperação da saúde e, ainda, com os demais profissionais, inseridos neste processo de trabalho, e que tem na relação dialógica a possibilidade de articular-se com os sujeitos envolvidos no processo de ser saudável.

A enfermagem articulada com outras profissões se insere nas **Políticas Públicas de “Saúde”**. Faço a opção de discutir as “políticas públicas” em vez da política de saúde para destacar a pertinência de perceber a saúde determinada também pelas questões econômicas, ideológicas, culturais e sociais.

A referência às políticas públicas, portanto, significa admitir que as intervenções sobre a realidade, organizadas pela sociedade através do Estado e de outras instituições,

podem ter como finalidade o bem-estar, a emancipação e o desenvolvimento sustentável, ainda que se expressem por intermédio de dimensões econômicas, políticas, sociais, ideológicas e culturais. Trata-se, conseqüentemente, de intervenções de amplo espectro, a exemplo daquelas concebidas pelo projeto de Reforma Sanitária Brasileira.(PAIM, 2002, p.383).

Esta posição nos remete a discussão sobre o conceito de **saúde** que tem sido tema de diversos momentos de conferências, cursos, jornadas seminários, entre outros. CAPONI (apud BUB, 2001, p. 5) diz que é em resposta ao reducionismo da saúde ao âmbito biológico que surgiram conceitos mais ampliados, tal como o da OMS, em 1948, assim conceituado: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente uma ausência de doenças ou enfermidade”. Embora muito criticado por não ser abrangente e ser pouco realista, alguns aspectos positivos são ressaltados; a saúde deixa de ser vista como algo meramente biológico; a saúde não é mais mera ausência de doença e sim um estado de bem-estar e, por último, embora este conceito tenha dificuldades na sua operacionalização pelas características utópicas e subjetivas, ele pode ser útil se usado com um propósito simbólico ou motivacional (LISS, apud BUB 2001 p.5).

Além desse, temos o conceito de saúde, a partir de NORDENFELT (2000, p. 106), “como habilidade para atingir objetivos vitais”. Para este autor, existem fatores que tendem a comprometer a saúde, reconhecendo a importância da moradia, alimentação, cultura, educação, renda, trabalho, lazer na manutenção da possibilidade de atingir tais objetivos vitais.

Neste trabalho, iremos utilizar o conceito ampliado de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.

Em sentido mais amplo a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, tempo livre, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim é principalmente o resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (VIII CNS, 1986).

Neste conceito, a saúde é vista como um valor social e sua importância está na "[...] *capacidade e no mérito de haver conseguido direcionar a atenção para a estreita conexão que existe entre a saúde dos sujeitos e a sociedade da qual toma parte*" (CAPONI apud BUB 2001 p. 6). Assim, não só a base socioeconômica de uma população funciona como determinante do processo saúde-doença, mas que esta conexão existe e está muito presente.

A partir disto, segundo PAIM (2002, p.385),

As políticas públicas podem ser compreendidas como produtos históricos das relações estabelecidas entre a sociedade e o Estado. Resultam das decisões ou "não decisões" do Estado e, ao intervirem sobre necessidades humanas e/ou seus determinantes sócio-ambientais, produzem efeitos econômicos, políticos e ideológicos. Para o seu estudo impõe-se a análise da estrutura social em um determinado período histórico ou conjuntura, particularmente a natureza e funções do Estado nas suas relações com as classes e os grupos sociais.

Para que algo seja construído enquanto grupo, é de extrema importância a **participação** que é o ato de tomar parte em algo, de participar (JAPIASSÚ e MARCONDES 2001 p. 207). Para CARVALHO (1995, p.24), "a participação tem o sentido de resistir à exclusão social, significa integrar múltiplas formas de ação coletiva voltada à obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo".

Na política de saúde é fundamental que os vários segmentos envolvidos ocupem esse espaço, tomando parte, deliberando, contribuindo na construção de novas formas de gestão, pois participação:

É acreditar que a comunidade não é destituída, mas oprimida. É assumir que pode ser criativo e co-gerir seu destino [...]. A potencialidade que uma comunidade tem é precisamente o que construiu na história pelas próprias mãos, dentro de condições objetivas [...] (DEMO, 1999, P. 60).

Portanto, entendo que a participação esteja relacionada à capacidade dos Conselheiros (especialmente usuários) de Saúde

participarem das deliberações das prioridades para a política local de saúde. Decisões que precisam ser uma ação coletiva, nesse caso, dos conselheiros locais de saúde.

Sobretudo, porque é no conhecer e praticar a participação que estaremos construindo cidadania. O conselheiro de saúde precisa estar atuando no âmbito das decisões políticas, no que se refere à saúde e negociando a partir de sua inserção na sociedade civil. A partir desta inserção o conselheiro poderá intervir com qualidade na direção da saúde local. O conselheiro precisa exercer sua cidadania a partir de uma participação que nos direcione para o exercício do **controle social** que entendo, concordando com RAICHELIS (2000), como:

[...] acesso aos processos que informam as decisões no âmbito da sociedade política. Permite participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e a arbitragem sobre os interesses em jogo, além do acompanhamento da implementação daquelas decisões, segundo critérios pactuados (RAICHELIS, 2000, p.42-43).

A partir de SILVA (2001), o controle social tem duas dimensões básicas:

“A accountability e a responsabilidade dos agentes políticos pelos atos praticados em nome da sociedade”. Accountability pode ser entendido como “relacionado com a responsabilidade social pelo desempenho de tarefas, democracia, respeito pelo cidadão” (BITTAR, apud Silva, 2001, p.113).

Outrossim, interpreto accountability como algo que possibilite e comprometa o Estado ao controle da sociedade, um Estado com compromisso e responsabilidades perante os cidadãos.

O controle social implica, portanto, submeter o poder dos agentes políticos à regulação da sociedade, corrigindo eventuais desvios e responsabilizando os que se utilizarem indevidamente do poder que lhes foi outorgado pela sociedade (SILVA, 2001, p. 113).

O controle social passa a incluir sujeitos diversos na formulação e implementação de políticas públicas, e as lutas e disputas de poder passam a acontecer também dentro do aparelho de Estado e não só fora dele. Entendo que o exercício do controle social só acontecerá efetivamente a partir da interferência dos sujeitos populares no processo decisório e com estímulo a participação e a credibilidade que vem sendo acumulada neste processo. A discussão do controle social encaminha o olhar para outro conceito, **a democracia** que é um componente de inclusão social na medida em que esta supõe cidadania e não acesso à renda e serviços, o que coloca as pessoas no patamar da sobrevivência sem alcançar a condição de sujeitos cidadãos. Este conceito faz pensarmos na **democratização**, porque:

[...] remete à ampliação dos fóruns de decisão política, que extrapolando os condutos tradicionais de representação, permite incorporar novos sujeitos sociais como protagonistas e contribui para consolidar e criar novos direitos. Implica a dialética entre o conflito e o consenso, de modo que os diferentes e múltiplos interesses possam ser qualificados e confrontados, daí resultando a interlocução pública capaz de gerar acordos e entendimentos que orientem decisões coletivas (RAICHELIS, 2000, p.43).

Neste estudo, a democratização está ligada à capacidade de os conselheiros, como protagonistas das discussões e deliberações para a política de saúde local, contribuírem para criar e consolidar novos direitos, negociando com os vários sujeitos a fim de orientarem o modelo assistencial e a política de saúde a partir da dialética do consenso e do conflito, superando interesses individuais e gerindo decisões coletivas.

Igualmente, entendo que as relações de poder estabelecidas pelos sujeitos vão possibilitar ou não o controle social. O **poder**, segundo FOUCAULT (1989), é exercido na sociedade não apenas através do Estado e das autoridades formalmente constituídas, mas de maneira as mais diversas, em uma multiplicidade de sentidos, em níveis distintos e variados, muitas vezes sem nos darmos conta disso; e este conceito

permite acreditar que, dentro dos arranjos possíveis, o Conselho Local de Saúde pode e deve exercer o poder.

BOBBIO (1992) classifica o poder nas sociedades modernas em três grandes classes:

[...] econômico, ideológico e político. O *poder econômico* é aquele que se vale da posse de certos bens [...], para induzir os que não o possuem e dele necessitam, a adotar aquilo que os que o detêm, desejam.[...]. O *poder ideológico* é aquele que se vale da posse de certas formas de saber, doutrinas, conhecimentos, às vezes apenas de informação, ou de códigos de conduta, para exercer influência sobre o comportamento alheio e induzir os membros do grupo a realizar ou não realizar uma ação. O *poder político* é o poder cujo meio específico é a força, [...] é o poder cuja posse distingue em toda a sociedade o grupo dominante. (BOBBIO, 1992, p.82-83).

Neste trabalho o poder está presente especialmente no que diz respeito ao político e ideológico e nas relações que são estabelecidas com as diferentes representações dentro dos conselhos.

Representatividade, segundo HOUAISS (2001), “[...] é qualidade do que pode ser representada, qualidade de alguém, de um partido, de um grupo ou de um sindicato, cujo embasamento na população faz com que ele possa exprimir-se verdadeiramente em seu nome”. A representatividade diz respeito ao ato de representar. No Estado moderno, a democracia é representativa. No entanto, seu significado pode variar, se considerarmos a questão legal (legalidade) e a questão legítima (legitimidade).

ANDRADE (2000), discute que a representatividade pode ser exercida dentro de parâmetros legais, mas ilegítimos. Um exemplo é a indicação de prefeitos para as áreas de segurança nacional, o que acontecia no Brasil até bem pouco tempo. Era legal, mas não necessariamente legítimo. Só se pode falar de representatividade em relação a pessoas aceitas pelos representados? Em um conselho, os membros podem ser representantes legais ou legais e legítimos. Tudo vai depender do processo de escolha, da transparência de seus atos ou, em um sentido geral, do processo pelo qual foi constituído.

Segundo LACERDA apud ANDRADE (2000), um dos critérios que definem a representatividade, ou não, de um conselheiro é que ele represente e defenda os interesses da sociedade, ou seja, não se limite à defesa de interesses específicos, mas, ao contrário, amplie seus espaços de discussão e de atuação defendendo os interesses da população. Será que este é o verdadeiro conceito de representatividade? Não seria necessário deixar mais explícito que nossa sociedade é constituída por diferentes classes e interesses? E que as posições escolhidas/defendidas serão a partir da inserção dos indivíduos nessas classes a partir de suas histórias de vida?

Para alcançar os objetivos deste estudo, me propus a discutir com o conselho local o quanto de controle social realmente acontece na política local de saúde no município de Chapecó e, a partir desta discussão, propor ações que possibilitem a participação popular de forma mais efetiva. Entendendo que a nós, profissionais que trabalhamos no dia-a-dia com as políticas públicas, é compromisso a defesa destas políticas, o que também implica no exercício da comunicação.

A **Comunicação**, segundo HOUAISS (2001), “[...] é o ato ou efeito de comunicar-se”. Neste caso, a comunicação se processa entre uma fonte organizada de informação e a comunidade, criando a possibilidade de estabelecer uma relação de troca de informações nos espaços do Conselho Local de Saúde. Neste processo, a enfermeira viabiliza uma relação dialógica com a intenção de que o grupo, coletivamente, reflita sobre seu processo de participação no espaço do Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Todavia, a interação comunicacional possibilita a construção de conhecimentos, em que:

[...] sujeitos com saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns. Nessa perspectiva, todos somos educadores e fazemos circular saberes diversos e de diferentes ordens, construídas no enfrentamento coletivo ou individual de problemas concretos (CARVALHO, ACIOLI E STOTZ, 2001, p. 101).

Dos anos que se passaram desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, podemos identificar várias proposições e até implementação de algumas ações que respeitam a relação entre o direito à saúde e os direitos de acesso à informação.

Paralelamente às tradicionais políticas de comunicação, no II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde se visualiza uma outra e mais ampla política de comunicação: de natureza pública e não apenas governamental. Política que desloca o campo governamental da posição de único agente produtor e emissor de informações em saúde, reconhecendo um novo e diversificado espectro de atores, formas e tecnologias de Comunicação e informação. (PITTA, 1999, p.2).

Segundo HOUAISS (2001), **Informação** “[...] é o conhecimento obtido por meio de investigação ou instrução, esclarecimento, explicação, comunicação [...]”. É o conjunto de conhecimentos reunidos sobre determinado assunto. Os mecanismos públicos de produção, disseminação, divulgação e difusão de informações sociais, políticas, econômicas, regionais e culturais, incluídas as da saúde, vivem uma crise que define, antes da ausência, uma política nacional de informação fragmentada, de acesso restrito e pouca qualidade, o que denuncia uma posição política de não considerá-la estratégica.

Neste espaço de atuação dos conselheiros, a informação tem se apresentado de forma fragmentada e a disseminação não tem ocorrido de forma privilegiada como poderia estar sendo proposta por uma política séria de informação.

Que relações esses conselheiros têm com suas bases? Quando a participação não tem vínculo com grupos ou entidades, este conselheiro tem representatividade? Tem legitimidade?

A partir das disputas para a redefinição de relações entre Estado e Sociedade civil, surgem novos espaços onde as forças sociais protagonizaram a formulação de propostas para enfrentar a crise social na saúde, isto aparece claramente quando da aprovação das leis que regulamentam o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. A enfermeira que atua a

partir da perspectiva dialética precisa buscar entender o usuário cidadão em sua totalidade, imbricado em totalidades mais complexas, não como pobre, doente, necessitado, mas cidadão portador de direitos. A partir desse entendimento, deve mobilizar os recursos profissionais e institucionais para superar as necessidades trazidas por esse sujeito, tendo claro que este traz uma demanda que não lhe é exclusiva, mas resultante das contradições postas pela sociedade capitalista. Essa postura promove a **Mudança do Modelo Técnico Assistencial**. Tal posicionamento passa por uma leitura ampliada de sociedade, e MARX nos fundamenta sobre isso.

Na realização deste trabalho, sobre o controle social em um Conselho Local de Saúde de Chapecó na perspectiva da participação popular, optei por utilizar alguns conceitos a priori, mesmo entendendo que estes poderiam não emergir como questões centrais para os sujeitos deste trabalho²⁵ ou, ainda, que outros conceitos seriam incorporados no decorrer do processo.

No transcorrer do trabalho estes conceitos foram aparecendo, com uma ênfase grande para o tema participação e poder. Apareceram ainda nas discussões com os conselheiros: comunicação e representatividade. Na reorganização do marco teórico acrescentei três conceitos: comunicação, informação e representatividade.

²⁵ Utilizo o conceito trabalho no lugar de prática assistencial porque, entendo ser possível abordar a profissão por esta perspectiva, percebendo a enfermagem como partícipe do processo de trabalho e reprodução das relações sociais. “Transitar do foco da prática ao trabalho não é uma mudança de nomenclatura, mas de concepção: o que geralmente é chamado de prática corresponde a um dos elementos constitutivos do processo de trabalho que é o próprio trabalho. [...] A exigência de analisar o exercício profissional no âmbito de processos e relações de trabalho impõe-se em função da condição de trabalhador ‘livre’, proprietário de sua força de trabalho qualificada, que envolve uma relação de compra e venda dessa mercadoria. É, portanto, a condição de trabalhador assalariado, como forma social assumida pelo trabalho, que revela a

2.6 - Pressupostos para o Trabalho

- A diferença entre a linguagem culta e a linguagem popular e esta diferença se apresenta constantemente nas discussões que acontecem nos conselhos locais e municipais de saúde;
- A intervenção do usuário na política de saúde local é limitada a assuntos pontuais;
- As falas dos conselheiros quando se discute prioridades para a política de saúde local, aponta para a mudança de modelo técnico-assistencial;
- O trabalhador de enfermagem tem que ser comprometido com a efetivação da participação popular a fim de construir o SUS;
- A descentralização do poder, propiciada pela municipalização, precisa interferir/facilitar que os processos políticos que acontecem no município promovam a participação popular na perspectiva do controle social;
- Gestores locais comprometidos com a reforma sanitária e com a construção do SUS facilitam a superação dos obstáculos relacionados ao controle social, a partir da participação popular.

CAPÍTULO III

APRESENTANDO A TRAJETÓRIA

Neste momento, apresento o caminho metodológico utilizado durante o trabalho, seguindo referencial materialista dialético e “apostando” numa construção de conhecimento produzida de forma qualitativa e num processo participativo.

O método é um rol de procedimentos, fundamentados em uma teoria de análise da realidade, que permite um aprofundamento da pesquisa e da ação profissional. Este processo não acontece separadamente, em momentos estanques, mas respeita uma dialética interna.

ABRAMIDES (1984, p.23), nos coloca que:

A escolha do método está condicionada a realidade social e aos objetivos, por isso mesmo um método por sua vez não pode ser escolhido sem a vinculação com a realidade histórica que o fundamenta.

Optei, então, pela pesquisa-ação por considerar que este referencial permite desenvolver um trabalho comprometido com os sujeitos envolvidos no processo, possibilitando a apreensão da informação e admitindo a construção de conhecimentos que apontem para a transformação de seus espaços de inserção.

Segundo THIOLENT (1984, p. 14), a pesquisa-ação é:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Desta forma, a pesquisa acontece a partir da realidade, necessidade e interesse dos sujeitos com os quais estamos trabalhando.

Os sujeitos da pesquisa são co-responsáveis, não só pelo andamento da pesquisa, mas principalmente pela ação desencadeada a partir da investigação. Sendo assim, o trabalho se desenvolveu num processo constante de trocas de saberes entre os sujeitos, já que a pesquisa-ação possibilita, senão suscita, a ampla participação dos sujeitos, uma vez que acontece a partir da experiência concreta, associada a uma ação, buscando elementos que possibilitem superar a situação da realidade investigada.

Por outro lado, acredito ainda que a pesquisa-ação precisa ser acompanhada de um processo educativo, por isso o uso simultâneo da educação popular e pesquisa-ação.

Educação popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.[...]. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Este conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima da Educação Popular. (VASCONCELOS, 2001, P. 15)

A partir dos conceitos de educação popular e pesquisa-ação fica evidente o porque desta escolha, que privilegia a realidade de cada grupo como ponto de partida para o estabelecimento de estratégias no desenvolvimento do trabalho.

O momento político²⁶ que o país atravessava poderia se transformar em uma limitação para o trabalho; por isto, alguns contatos prévios e algumas esperas se fizeram necessárias para que o estudo se concretizasse.

Um primeiro contato foi realizado junto a Secretaria Municipal de Saúde, a fim de verificarmos se existia alguma ação para estimular a implementação de Conselhos Locais de Saúde. Foi constatado, então, que após o ano de 1997 - momento que a esquerda assume a administração municipal – começaram as primeiras discussões, a partir do gestor e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, para implantação dos conselhos.

Então, solicitei à pessoa nomeada em 1998 para assessorar os conselhos locais, e que havia trabalhado com os mesmos entre 1998 e 2000, que me indicasse um conselho para a realização da atividade, cujo bairro tivesse em sua história intensa migração rural. Ela indicou-me o Conselho Local da Policlínica Cristo Rei.

Escolhi intencionalmente um Conselho Local para estabelecer uma ação de qualidade que permitisse um vínculo efetivo e enriquecesse as trocas nesse espaço.

MARTINELLI (1994) enfatiza a importância da intencionalidade da amostra: “como não estamos procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximarmos de significados de vivências, não trabalhamos com amostras aleatórias, ao contrário, temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos [...]” (MARTINELLI, 1994, p.15).

Assim, realizei contatos na Secretaria de Saúde e com o diretor da Policlínica cujo conselho indicado está vinculado, para expor o objetivo do projeto.

O primeiro contato com o Conselho Local da policlínica Cristo Rei foi intermediado pela Secretaria de Saúde, na pessoa do diretor da policlínica onde o trabalho foi realizado.

²⁶ Era setembro de 2002, em plena campanha eleitoral para a presidência da

Dessa forma, contando com o interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó e do Conselho Local da Policlínica Cristo Rei, iniciei o trabalho. Para tanto, participei de uma primeira reunião com os conselheiros locais, apresentando uma proposta de trabalho e já negociando as ações, quais sejam:

PRIMEIRO ENCONTRO

- Planejamento de como seriam as atividades, a partir de uma proposta inicial apresentada pela pesquisadora. Discutimos assuntos como globalização, saúde, questões internacionais, nacionais, regionais e municipais.

SEGUNDO ENCONTRO

- Discussão sobre os movimentos sociais na luta por uma saúde de qualidade, dever do Estado e direito dos povos. A história dos movimentos sociais na região e em Chapecó e a interferência disto na construção do SUS.

TERCEIRO ENCONTRO

- A partir de textos sobre controle social e participação popular, problematização sobre as ações do Conselho Local de Saúde e que tipo de deliberações tem conseguido negociar com o Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

QUARTO ENCONTRO

- Problematização sobre a relação do Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Estabelecer quais as sugestões o grupo do Conselho Local de Saúde tem para o encontro com o Conselho Municipal de Saúde e quais as discussões que surgiram aqui e que eles gostariam que fossem levadas ao CLS. Avaliação da atividade realizada.

ENCONTRO COM O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Entrega, a cada conselheiro municipal, as sugestões do Conselho Local de Saúde e problematizamos a partir disto.

Com a proposta de trabalho organizada e aprovada pelos conselheiros, passamos a sua implementação.

A Policlínica é uma unidade que faz parte de rede de atenção primária à saúde para a população do município de Chapecó, e este Conselho Local tem seu espaço geográfico definido pelo espaço de abrangência da Policlínica, a qual atende aos bairros: Alvorada, Cristo Rei e parte do Bela Vista.

Dados (IBGE, 2000)²⁷ sobre esta região atestam que residem nela 12.822 habitantes, o que representa 8,4% da população de Chapecó, grande parte dela advindas recentemente de áreas rurais do município e municípios vizinhos. O cálculo para atendimento na unidade é de que 75% desta população procuram os serviços, perfazendo um total de 9.616 pessoas.

Considerando que a proposta teve por objetivo realizar uma ação que perceba o quanto a participação no conselho local aponta para o exercício do controle social, optei por uma metodologia facilitadora e que permitisse um diálogo entre os sujeitos partícipes do trabalho. Portanto, encaminhei o trabalho a partir de uma construção, onde os sujeitos se articulam para a transformação de sua realidade.

O processo de trabalho com os conselheiros locais de saúde partiu da possibilidade de discutir a participação popular na política de saúde, levando em conta as ações dos sujeitos sociais²⁸, ou seja, as determinações e mudanças dadas pelos sujeitos de uma realidade social local.

Este estudo foi realizado delimitando olhares e caminhadas que existem a respeito da participação popular na política de saúde.

²⁷ Censo IBGE 2000- IBGE (projeção de 3% ao ano de crescimento populacional).

²⁸ Apesar de virem a compor o Conselho Local a partir de convites a população em geral, os conselheiros que participam deste Conselho, representam alguma entidade ou grupo, por isto sujeitos sociais.

Inicialmente realizamos uma discussão sobre o princípio da participação popular no SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE no Brasil, e, num segundo momento, como isto acontece na ponta do sistema, ou seja, o Município, a partir de um Conselho Local de Saúde.

Como enfermeira, neste trabalho, fui mediadora num processo de identificação e construção das possibilidades que a participação popular traz ao usuário. Esta relação dialógica permitiu a identificação de alternativas na efetivação da participação popular para o exercício do controle social.

A partir da percepção sobre a participação popular e as inquietações que isto traz à trabalhadora de saúde que existe em mim, foi possível avançar em relação ao trabalho de Enfermagem, e também no que diz respeito à interferência que o profissional dessa área tem na efetivação da participação popular em deliberações sobre que prioridades precisam ser definidas para as políticas locais de saúde.

Chapecó é um município com 86 anos de existência, localizado na região Oeste de Santa Catarina, pertence à área de abrangência da 4ª Gerência Estadual de Saúde, que compreende onze municípios. Também faz parte da Associação dos Municípios da Região Oeste de Santa Catarina – AMOSC, composta por vinte municípios.

Nas duas últimas administrações municipais, a Secretaria Municipal de Saúde vem incentivando a implantação de Conselhos Locais de Saúde e isto tem sido tarefa das enfermeiras, gerentes das unidades²⁹, e os agentes de saúde de cada policlínica. No bairro onde este trabalho foi realizado não foi diferente, uma enfermeira iniciou o trabalho juntamente com os agentes.

Atualmente o técnico que tem participado das reuniões é o odontólogo, diretor da policlínica, que participou do estudo juntamente com os conselheiros locais.

Este trabalho exigiu uma análise de documentos, encontros com o conselho local, um encontro com o Conselho Municipal de Saúde, (no

decorrer do processo com o Conselho Local, muitos questionamentos surgiram a respeito de como poderia se dar a relação entre os Conselhos Locais e o Conselho Municipal de Saúde e surgiu então a proposta de estar encaminhando ao Conselho Municipal alguns destes questionamentos).

Além dos encontros realizados também entrevistei (anexo 3) dez conselheiros locais de saúde da Policlínica Cristo Rei. As entrevistas, realizadas na perspectiva de conhecer o perfil socioeconômico dos conselheiros locais de saúde, a fim de caracteriza-los, ter claro quem são estes sujeitos, suas histórias e como se deu sua inserção nesse espaço. O instrumento de pesquisa foi pré-testado para averiguar a clareza e ordenação das questões, o tempo gasto com as mesmas e, também, se atingiriam a finalidade prevista. Utilizando um roteiro com perguntas fechadas e abertas, estas foram realizadas nas residências dos conselheiros e foram gravadas, com a anuência dos entrevistados, para garantir a fidedignidade das mesmas.

E, finalmente, foram realizados os encontros para que, utilizando esse espaço, pudéssemos estar possibilitando o exercício do controle social.

A data do primeiro encontro e toda a articulação, incluindo a definição do espaço para a reunião, horários e confirmações, foi organizada pelo diretor da Policlínica e, a partir desse contato com a proposta de trabalho, colocou-se como um possível participante do grupo, o que foi aceito e enriqueceu o processo.

E, assim, a nossa proposta foi se concretizando, levando em conta o respeito, a autonomia, e o diálogo, na perspectiva de compartilhar a construção do conhecimento.

Além dos conselheiros, participaram da atividade a mediadora (enfermeira) e uma observadora, para que os registros fossem o mais legítimos possíveis. Os encontros foram realizados na Policlínica Cristo

²⁹ Segundo a Secretaria de Saúde (2003), num total de 22 unidades, 20 são gerenciadas por enfermeiras.

Rei no bairro Cristo Rei, em Chapecó. As reuniões, em número de quatro, aconteceram nas quartas feiras, das 19 as 20:30 horas.

Durante a trajetória do trabalho, senti a necessidade de fazer também uma atividade com os conselheiros municipais de saúde, para levar as discussões que surgiram no Conselho Local de Saúde.

Fizeram parte deste trabalho 10 conselheiros locais de saúde da Policlínica Cristo Rei e 17 conselheiros municipais de saúde do município de Chapecó. O trabalho realizado com o Conselho Municipal de Saúde foi um encontro para discutir questões levantadas pelos conselheiros locais. Somente os conselheiros locais foram entrevistados

O perfil dos conselheiros locais é o seguinte: têm entre 35 e 60 anos, todos com uma história de participação em movimentos sociais, o que facilita os trabalhos, pois são usuários com uma história de lutas em movimentos sociais, sindicatos, entre outros, conseguem avaliar-perceber as mudanças positivas, ou não, que ocorreram.

A maioria dos conselheiros (70%) é mulher, o que diz muito da região, uma vez que foi neste município (distrito de Itaberaba) que surgiu o Movimento de Mulheres Agricultoras, e 100% dos conselheiros são oriundos da zona rural.

Corroborando esta afirmação, em estudo realizado sobre o processo de descentralização político administrativa da assistência social na região Oeste de Santa Catarina, SEABRA E RENK, (2000, p.52) citam que, nos “conselhos de assistência social estudados na região, 67% dos conselheiros são mulheres.”

Com relação à escolaridade, o perfil do grupo se apresenta da seguinte forma: apenas um conselheiro não lê, quatro deles têm o primeiro grau, (completo ou incompleto), outros três têm o segundo grau, (completo ou incompleto) e dois têm o nível superior (completo ou incompleto); 40% possuem filiação partidária, 90% ingressaram nos movimentos sociais a partir da igreja e 10% pelo sindicato, e 70% têm uma renda entre um e três salários mínimos.

A questão ética do trabalho utiliza FREIRE (2000), baseando-se na ética da solidariedade humana; a ética da autonomia-autoridade, referindo-

se à harmonia das mesmas e, ainda, a ética científica, que trabalha com um rigor nos achados.

Segundo RAMOS (2002), o “[...] ressurgimento da ética não se dá hoje apenas nos limites da disciplina filosófica, mas por uma exigência social radical, com focos de atenção diversificados e complexos, [...]”. Diz ainda que, a partir desse contexto, nasce a BIOÉTICA. Sendo que:

A bioética, inicialmente um movimento social que lutava pela ética nas ciências biológicas [...], hoje é também uma disciplina norteadora de teorias para o biodireito e para a legislação, com a finalidade de assegurar mais humanismo nas ações do cotidiano [...]. Essa dupla face (disciplina e movimento social) confere a bioética a peculiaridade de ser, ao mesmo tempo, reflexão (sobre as implicações sociais, econômicas, políticas e éticas de novos saberes biológicos) e ação (objetivando estabelecer um novo contrato social entre sociedade, cientistas, profissionais de saúde e governos) [...] (OLIVEIRA, 1997, p.47).

Ainda segundo RAMOS (2000), perseguir a ética no trabalho assistencial é fundamental para:

Que o esforço de teorização e planejamento sobre uma realidade assistencial mantenha nosso olhar na qualidade do encontro que queremos ter com os sujeitos;

Que reconheçamos que é preciso a apropriação teórica,

[...] não apenas de conceitos e teorias já postas, mas de idéias a serem ainda colocadas e praticadas, como as de autonomia, emancipação, justiça, equidade, tolerância, diversidade, diálogo, direitos, solidariedade, humanização, liberdade, entre tantas outras (RAMOS, 2000, p.3).

E, finalmente, para que ao término da experiência avaliemos:

[...] a adequação da teoria, os resultados alcançados em relação a objetivos traçados e as contribuições para a profissão, mas também os efeitos e implicações da adoção de posturas e valores éticos, os dilemas e insuficiências presenciados, o poder e os limites de poder de uma intervenção, enfim, sua contribuição para a afirmação de um cuidado ético, de um trabalho ético. (RAMOS, 2000, p.3).

No início dos trabalhos, quem mais participava das discussões eram os conselheiros com maior escolaridade, à exceção de uma conselheira com mais idade e com uma longa história nos movimentos sociais, que também participava bastante. A história desse Conselho Local de Saúde tem um processo de construção de mais ou menos cinco anos. O grupo de conselheiros se reúne mensalmente para discutir as possibilidades de intervenção na política de saúde, ou, pelo menos, a melhoria da assistência realizada pela policlínica.

Os sujeitos desse trabalho já vinham aparecendo na articulação do grupo e, apesar das diferenças de perfil dos conselheiros, o compromisso com a qualidade da assistência à saúde para a população os transformava num grupo homogêneo, que defende a possibilidade de participarem das definições das questões de saúde no seu bairro e, mesmo, de repensarem a política de saúde e o atendimento (modelo assistencial) do município.

Claro que, em alguns momentos, uma necessidade individual mais emergencial foi o motivo para alguns dos conselheiros iniciarem essa caminhada, o que acabou se diluindo no grupo. Nesses cinco anos aparecem as questões individuais, mas as coletivas têm sido a maior conquista.

Entendo grupo como “o resultado da dialética entre a história do grupo [...] e a história dos indivíduos com seus mundos internos, suas projeções e transferências [...] no suceder da história da sociedade em que estão inseridos” (FREIRE, 1993, p.65).

Em todos os momentos foi possível visualizar que os conselheiros locais têm compromisso e querem apontar algumas direções para a policlínica a qual pertencem, e a discussão que mais aparece é, sem dúvida, a qualidade do atendimento.

Importante é destacar o refazer da experiência humana dentro de suas contradições e em permanente mudança. Essa relação dialética possibilita a utilização da ação-reflexão-ação.

As considerações, a partir do perfil do grupo, foram sendo validadas no decorrer do processo. Tudo foi definido pelo grupo, desde o cronograma das reuniões, uma vez que se tratava de uma proposta

dialógica, na qual os participantes educam e cuidam do e no processo, o que comprometeu a cada um de maneira particular. Em momento algum o grupo foi passivo quanto às discussões que iam surgindo; uns mais, outros menos, mas todos participaram de forma a enriquecer o processo. Alguns conselheiros, nos primeiros encontros, estabeleceram uma relação comigo, fazendo as falas para mim, o que foi mudando no decorrer de nosso trabalho. O grupo começou a dialogar mais, pois foi percebendo que o aprendizado acontece não só pelas informações que recebemos, mas pela apropriação de novos elementos presentes em cada um, que modificam o cotidiano e as relações e vamos então aprendendo através das ações solidárias, nas quais todos os sujeitos estão em permanente aprendizado.

Importante, segundo FREIRE (1993), é que cada participante exercite sua fala, suas opiniões, a defesa de seu ponto de vista e, na defesa de um objetivo comum ao grupo, as diferenças individuais apareçam para que se construa uma identidade, mas também se perceba o outro, e que percebam ainda que a luta é determinada histórica e socialmente. “Muda de tempo-espço a tempo-espço”.

A partir de FREIRE (2000), a classe trabalhadora, na perspectiva atual, democrática, tem o direito de perceber o funcionamento de sua sociedade, de conhecer seus direitos e deveres, de perceber a história dos movimentos sociais e sua importância na construção de uma sociedade mais democrática.

Ao olhar o conselheiro usuário é preciso visualizá-lo como alguém capaz de discutir ações de saúde com propriedade e seriedade. Nesta perspectiva, a partir das falas dos usuários, foi percebido que, se não forem utilizadas estratégias como, por exemplo, a não utilização de termos técnicos e complexos, a participação se concretiza.

3.1 – Nossos Encontros

Primeiro Encontro – “Planejando nosso jardim”

No projeto, este encontro chamava-se **Plantando nosso Jardim**.

Como vou plantar em grupo, algo que não foi planejado no grupo?

Após refletir um pouco, a partir da proposta de trabalho assistencial que me propunha, como um momento de educar/cuidar, alteramos o nome para planejando nosso jardim.

SAUPE (1998, p. 68) diz que estes trabalhos são:

Caracterizados como produção, incorporação, reelaboração, aplicação e testagem de conhecimentos e tecnologias através de um processo multidimensional de confronto de perspectivas e prioridades, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociado entre as partes envolvidas [...], promovendo a cooperação, a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente para a construção da realidade almejada, possível ou utópica.

E chegou o momento. A ansiedade estava presente, mas era algo esperado. Ao chegar na unidade já encontrei alguns conselheiros e um técnico, (que se dispôs a participar da atividade) que já haviam dispostos as cadeiras na sala. Tudo havia sido planejado cuidadosamente. A sala era pouco clara, o espaço pequeno, mas foi ali que os conselheiros quiseram a atividade, pois era o local de melhor acesso para todos. Aos poucos, outros participantes foram chegando.

Inicialmente, seria realizada uma dinâmica de apresentação dos participantes. Os conselheiros acharam que não precisava e propuseram que não fossem utilizadas muitas dinâmicas. Apesar de ter planejado o uso do retroprojeto e de outros materiais, o comportamento do grupo fez com que estes fossem deixados de lado.

Foi exposto, então, o objetivo do trabalho e foi definido no grupo como os encontros aconteceriam. Como a maioria dos conselheiros vinha para o espaço após um dia de trabalho, foi combinado que trabalharíamos das 19 às 20:30 horas, e que a metodologia contemplaria discussões a partir de textos, fotos e artigos de jornais, entre outros.

Os conselheiros foram consultados para verificar o interesse e disponibilidade de participação. Os cuidados éticos tiveram como

referência a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), tendo por princípio que todo trabalho acadêmico deve estar atento à questão ética, especialmente no que se refere ao:

- Consentimento livre e consciente dos indivíduos a fim de que pudessem decidir se queriam, ou não, participar da prática. Os sujeitos receberam informações suficientemente claras sobre o que iriam assumir, assinando um termo de aceite (anexo 4), como forma de assegurar seu consentimento.
- Respeito ao anonimato e sigilo das informações das oficinas, deixando claro a possibilidade da desistência da participação da prática em qualquer momento da mesma, obedecendo à legislação existente no Brasil.

Para essa atividade, levei um crachá com desenho de flores e frutas diferentes a fim de que os participantes escolhessem, mas como todos se conheciam, acabamos não utilizando os mesmos.

O grupo questionou o porquê do anonimato e foi novamente explicado, apesar disto solicitaram que nos reconhecêssemos pelo nome, e que no relatório fosse utilizado o código necessário. Percebi que o grupo sentia necessidade de ser reconhecido, queriam se “expor”, combinamos então a utilização dos nomes de cada um.

Seguindo ainda as orientações éticas, foi solicitada permissão para a utilização do gravador, para que o relato dos encontros fosse o mais fidedigno possível.

De acordo com RAMOS (2000), a ética no trabalho assistencial é de grande importância, especialmente nos trabalhos acadêmicos, porque: “fomos habituados a agir como as pessoas mais aptas a julgar e decidir, [...]. Nem sempre pensamos nas conseqüências de nossos julgamentos, [...] no poder de nossa intervenção na vida e nos corpos de outras pessoas” (RAMOS, 2000, p. 1).

Nesse primeiro momento, foi possível perceber que os conselheiros possuíam uma sintonia e discutiam prioridades e momentos para a policlínica, mas a discussão não parecia avançar para prioridades do município. Percebi que, como afirma MORETTO (2000, p.11), “há ainda grande fragilidade de articulação, organização dos usuários frente a participação neste processo”.

Como o grupo preferiu não utilizar dinâmicas, a estratégia utilizada foi em cada lembrete das reuniões (anexo 5), colocar um texto que se relacionasse com nossas atividades, o que acabava por trazer a tona algumas questões que reforçavam a importância daquele Conselho Local de Saúde e dos usuários que estavam, de alguma forma, construindo o caminho do controle social, dentro da visão da reforma sanitária, ou seja, a defesa da participação como consequência do processo de conscientização da população sobre seus direitos e investindo na democratização da sociedade e das instâncias de decisões, neste caso, sobre a política de saúde.

No primeiro dia organizamos nosso cronograma e discutimos assuntos como globalização, saúde, questões internacionais, nacionais, regionais e municipais, utilizando textos (anexo 6), construído pela autora a partir do material utilizado para discussão na 5ª Conferência Municipal de Saúde e recortes de jornais e revistas

No grupo, a partir da leitura e discussão de um texto sobre temas como globalização, ALCA, financiamento da saúde, desigualdade social, entre outros, surgiu a questão de baixa, média e alta complexidade dos serviços que os conselheiros relacionaram à globalização, e explicaram-na assim:

Alguns setores da saúde, como a hemodiálise, que é para as pessoas que têm problema nos rins, quimioterapia, transplante que são bem pagos pelo SUS, geralmente quem presta este serviço é a instituição privada e o SUS compra eles. (CL1).

Os de baixa complexidade é o que as prefeituras fazem (...) o dinheiro que vem do Ministério não é suficiente

para pagar estes procedimentos que são de competência dela; ela tem que completar com um valor importante enquanto que a empresa privada ela está fazendo o serviço e esta sendo bem paga.(CL1)

Existe interesse de grandes empresas em conseguir vir e bancar este mercado, então quanto mais serviço eles conseguirem vender mais se investe nisso e mais se retira da atenção básica.(CL2)

Em geral os laboratórios estão nas mãos das grandes empresas multinacionais. Os tubos (...) que a prefeitura compra para a coleta de exames (...) é comprado de uma multinacional, eles põem o preço em dólar. (...) O repasse as prefeituras é feito em real e sem reajuste desde 1995.(T1)

Mas isto tudo é esta política, e a gente pergunta: o básico, o mínimo, vai sempre continuar punindo o povo.(CL2)

Outro assunto que se discutiu muito surgiu quando os conselheiros ouviram os dados com respeito à migração das áreas rurais para a urbana, especialmente naquele bairro, e se enxergaram nessa situação conforme se percebe nas falas:

Não dava mais pra viver no interior (...) daqui dez anos não sei se tem gente na zona rural, ganha pouco pela produção e não consegue sobreviver.(CL3)

Nós viemos embora (...) plantava no que é dos outro (...) meses trabalhando, no final da safra ficava devendo ainda.(CL4)

Por causa da Cooperativa e do banco, né (...) financiamos (...) não podia mais pagar, né, tivemos que vender.(CL5)

Muitas pessoas vieram pra cidade (...) quanto problema isso traz. Quando viemos pra cá, precisamos brigar pela água, luz, ruas tudo. (...) se a população pudesse ficava no interior morando bem e produzindo.(CL6)

Se existe alguém preocupado com a qualidade de vida da população, ia fazer de tudo pra que essa população

não viesse para a cidade, que ela tivesse condições de produzir lá onde ela mora e ficasse bem [...].(CL8)

Nessas falas aparece muito a questão do empobrecimento que a política agrícola e econômica trouxeram ao trabalhador rural. "Por certo compartilham entre si a mesma exploração econômica e a mesma alienação crescente, que marcam a vida dos pequenos produtores do campo nas últimas décadas" (POLI, 1999, p. 175).

Estes conselheiros participaram das atividades do plebiscito da ALCA, e têm uma posição radicalmente contra a mesma, e surgiram alguns comentários:

É uma discussão que tem que acontecer nas escolas, nos grupos, nas igrejas. [...] discutir os problemas que ela pode trazer [...] fica tudo em quatro paredes.(CL2)

É preciso que se discuta, prós e contra, e o que isso pode trazer de positivo para a economia, ou se novamente uns poucos serão os beneficiados e a desigualdade na distribuição de renda no Brasil vai continuar aumentando.(CL1)

Quem defende a ALCA são as grandes economias e os grandes proprietários e empresários, mas novamente é uma relação de exploração.(T1)

Isso é uma política planejada já há longo tempo.(CL2)

O interessante nessas falas é perceber a população se apropriando de determinadas discussões com clareza e se sentindo parte de uma luta no que diz respeito a participação. O depoimento abaixo demonstra isso

Mas a gente fica revoltada [...], porque nesta história do básico, a minha filha precisa cirurgia e tem que ficar na fila. Vou brigar, juntar mais gente e brigar.(CL6)

E, assim, cuidamos de potencializar a importância da participação e da descentralização das decisões. Essa relação permitiu que a problematização dos temas propostos fosse muito produtiva e o grupo

acabou tendo uma participação fundamental nas definições de como encaminharíamos o processo.

Esse primeiro encontro acabou depois das 21 horas, porque neste dia conversamos sobre muitos assuntos. O grupo participou e discutiu bastante cada assunto. Fizemos uma avaliação para ver se a forma de encaminhamento era adequada e se poderíamos continuar nessa direção.

É bom assim para a gente entender melhor como funcionam algumas coisas. (CL5)

Quando a gente discute, percebe como as coisas dependem uma das outras, e por que a saúde, às vezes, não vai pra frente. (CL1)

Estas discussões nos fazem entender as disputas na saúde a partir dos que a defendem como direito e dos que a tratam como mercadoria, não só as empresas, mas também alguns profissionais. (T1)

Tantos anos de reunião e é a primeira em que se faz esta discussão. (CL6)

Segundo Encontro – “O desabrochar do grupo”

Como no encontro anterior, antes do início das atividades houve um pouco de ansiedade de minha parte, especialmente com relação ao comparecimento dos conselheiros e como a atividade aconteceria.

À medida que foram chegando, as conversas e trocas iam acontecendo. Nesse dia, quatro conselheiros não puderam participar e encaminharam seus motivos ao grupo, afirmando que estariam presentes no próximo encontro. O grupo presente mostrava-se interessado e curioso, pois já sabiam que discutiríamos os movimentos sociais na luta por uma política de saúde efetiva e de qualidade, dever do Estado e direito dos

povos. A história dos movimentos sociais na região e em Chapecó e a interferência disto na região.

Após nos cumprimentarmos, iniciamos os trabalhos a partir da história dos conselheiros nos movimentos sociais. Cada um falou sobre como foi sua inserção nesta luta, a fim de perceber como cada um se enxerga neste processo. CASTILHO (1998), quando discute trabalho em grupo, reforça a importância de estimular o desenvolvimento de algumas habilidades indispensáveis para o trabalho; saber ouvir, falar adequadamente, dar e receber feed-back, desenvolver autonomia, entre outros.

A proposta de ouvir a história de cada um foi uma forma de “driblar” a atitude de não querer dinâmicas. Este momento propiciou o exercício do falar e do ouvir, e também o reconhecimento das lutas que cada conselheiro já viveu nessa construção.

Eu comecei quando morava na zona rural ainda, fazendo parte do grupo de mulheres.(CL2, 3,9)

Fazia parte dos grupos de reflexão da Igreja Católica. [...] trabalhava numa firma e o sindicato só fazia o que o patrão queria, [...] montamos uma chapa e disputamos, perdemos [...], fomos demitidos e continuamos na briga, [...]. Foi difícil [...] hoje estamos fazendo curso superior. (CL1)

Fazia parte da Igreja, era ministro e daí fui para a direção associação de pais e mestres da Escola, depois do Conselho da escola e hoje sou liderança na Igreja e no bairro pelo Conselho Local.(CL8)

Comecei cedo, daí fui pro MST, invadi terra, desisti e vim pra cidade, participava na Igreja, no grupo de mulheres e agora no CONSELHO LOCAL DE SAÚDE.(CL5)

Quando chegamos no bairro, não tinha nada, nem rua; tivemos que nos organizar para brigar pela água, luz. [...] a participação na Igreja nos ajudou, construímos a Igreja e estamos terminando o salão comunitário.(CL8)

Segundo POLI (1999), é preciso perceber que não raro múltiplas identidades podem “cruzar-se nas mesmas pessoas. O sem terra também pode estar envolvido na oposição sindical ou, então, a mulher agricultora pode também ser uma sem terra e assim por diante” (POLI, 1999,176).

Algo em comum entre eles é a procedência rural, 100% dos conselheiros vêm da área rural, com um acúmulo de participação em movimentos sociais. Corroborando esta afirmação, ROVER (2001) refere que se observou nos quatro anos de funcionamento do Orçamento Participativo de Chapecó que os loteamentos urbanos novos, compostos em sua maioria por pessoas oriundas do meio rural, têm maior participação e, portanto, maior número de representantes ao longo do processo de definições.

Segundo Mauro Postal, duas questões podem contribuir para esta maior participação: “o fato de serem bairros menores e o fato de possuírem uma cultura de integração comunitária maior, sendo que há uma prática de se reunirem nos finais de semana. O rural é mais organizado que a cidade, participa mais”. (ROVER, 2001, p.7)

Outra situação muito presente é a importância da Igreja Católica que, a partir de suas pastorais, teve influência na formação de 90% do grupo, os conselheiros iniciaram sua inserção em espaços de disputas políticas a partir das pastorais. Reforçando esta tese, ROVER (2001, p.7) diz que “a origem dos movimentos e organizações populares da região Oeste Catarinense está muito marcada pela participação da Igreja Católica na sua construção. É através de encontros em grupos de reflexão, ligados à igreja e suas pastorais, que vão se forjando estas organizações e movimentos”. Apenas um conselheiro iniciou esta caminhada a partir de um sindicato.

O tema permitiu que alguns dos conceitos estabelecidos a priori aparecessem e, a partir das discussões, foram aprofundados como: a participação, a democratização e o poder.

[...] pra que se envolver no cenário político, então depois a coisa pesa [...], na hora que vão fazer compra,

falta escola, falta remédio, dizem: Como é que pode acontecer isso? [...] não participam, não entendem que uma coisa tem ligação com a outra.(CL2)

Os Conselhos Locais de Saúde e o Orçamento Participativo são formas de democratização, antes a gente não participava de nada.(CL1)

A democratização melhorou, mas antes já tinha os Conselhos Municipais de Saúde, tinha as disputas que as pastorais ajudavam, tinha movimentos muito fortes.(CL1)

Nós já participávamos, mas hoje nos ouvem melhor, acho que tem sido um esforço para a esquerda levar essas estratégias, orçamento participativo e conselhos locais de saúde a frente.(CL7)

Nas comunidades têm os conselhos comunitários há muitos anos.(CL8)

O poder é uma forma de disputa, ele aparece muito nas reuniões do Orçamento Participativo.(CL1)

O conselho local, assim como o conselho municipal, também é palco de disputas e a capacidade de estabelecer alianças é fundamental.(T1)

Surgiram também outros conceitos que o grupo entende serem importantes: representatividade, comunicação e informação.

A participação exige sacrifícios, [...] estamos representando os usuários do SUS.(CL2)

Estava pensando, muita gente acha melhor não participar, [...]. Não acho melhor, estou aqui porque meus colegas da Igreja me disseram que era importante. [...] represento meu grupo.(CL9)

Levo o que a gente decide aqui para a Igreja e repasso as discussões.(CL6)

Passo casa por casa onde moro pra discutir o que fazer no Conselho Local de Saúde.(CL3)

Segundo KUJAWA, BOTH E BRUSTCHER (2003), a função dos conselheiros é representar os interesses das entidades e segmentos da sociedade a que pertencem. O vínculo do conselheiro com sua entidade vai definir o espaço de diálogo e a possibilidade de o Conselho representar os interesses da sociedade.

Os sujeitos desse conselho estão agrupados em torno de uma meta, vislumbrando, nesse momento, a consolidação do SUS, mas, sobretudo uma qualidade no atendimento-assistência à saúde no seu bairro.

Novamente o encontro acabou durando mais do que o previsto. Em função das várias discussões que aconteceram. Não fizemos avaliação, pois alguns conselheiros tinham pressa. Combinamos que, no próximo encontro, retomariamos à mesma.

Terceiro Encontro – “Trabalhando nosso Jardim”

No projeto estava prevista, para o encontro desse dia, a discussão sobre controle social e se o grupo tem conseguido ser ouvido pelo Conselho e Secretaria Municipal de Saúde. Naquele dia, a ansiedade maior era com o segundo turno das eleições que se aproximava. A incerteza com relação à atividade era bem menor. Todos estavam presentes e o interesse que vinham demonstrando no trabalho e a contribuição para o mesmo era um incentivo a mais.

Após nos saudarmos, iniciamos o trabalho a partir de um primeiro questionamento:

- O que é participação popular?

*É o que a gente faz, é estar aqui, discutindo, brigando
[...] isto é participação.(CL2)*

É tudo que nós fazemos desde que começamos a nos juntar para exigir que as leis sejam cumpridas, é discutir leis, possibilidades [...].(CL8)

É conhecer a comunidade, estar na Igreja, na escola, no grupo de mulheres, [...]. É fazer parte dos movimentos que lutam por um Brasil melhor.(CL1)

É ir nas reuniões do OP e fazer parte das definições das prioridades para o município.(CL7)

No orçamento participativo a tentativa é de reconstruir o conceito do que é público, gerindo uma cultura democrática. Os indivíduos se transformam em sujeitos sociais, entendendo que sua participação é fundamental para esse processo.

A partir dessas falas partimos para o segundo questionamento:

➤ O que é controle social?

Ao dizer o que é controle social, titubearam. O silêncio pela primeira vez marcou presença no grupo. Aos poucos foram colocando seu entendimento, até que uma conselheira falou, facilitando as colocações dos demais:

a nossa participação no conselho é um controle, [...] controle social é o que nós fazemos, quando fiscalizamos e negociamos com o diretor e com a Secretaria. (CL6)

A gente precisa estar mais preparado para intervir e fazer controle social. (T1)

Nós fiscalizamos a nossa policlínica, mas não sabemos as informações do que se gasta na manutenção dela. A gente não sabe.(CL2)

Politicamente estamos preparados, mas às vezes nos perdemos nas questões técnicas.(CL1)

A legislação brasileira estabelece duas instâncias legais para o exercício do controle social da política pública de saúde: Conselhos e Conferências de Saúde (LEI 8080/90 e 8142/90). Ainda assim, é preciso

ter claro que o controle social pode e deve ser exercido a partir de um conjunto de ações da sociedade e movimentos sociais, nas práticas populares, nos Conselhos Locais de Saúde sobre os espaços das políticas públicas.

Isto exige que cada um do grupo mobilize sua capacidade construtiva, na busca de ampliar suas conquistas.

No momento da avaliação, as afirmações foram as seguintes:

Aprendemos bastante, foi esclarecida muita coisa. Se quiser participar com a gente é bem-vinda. (CL6)

Algumas coisas não tínhamos noção. Faz tempo que estamos batalhando, a gente sempre está aprendendo. (CL8)

É importante que às vezes outras pessoas venham no conselho, não da secretaria, [...] a gente fica mais à vontade. (CL5)

Quarto Encontro – “Colhendo nossas flores”

Nesse encontro, a proposta foi aprofundar a discussão sobre a relação do Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. O Conselho de Saúde de Chapecó foi criado em 1991 e, desde então, vem atuando no município. Quando da vitória dos partidos de esquerda na disputa para a prefeitura em 1997, foi levantada pela equipe central da Secretaria de Saúde e pela gestora do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE a implantação dos conselhos locais de saúde. Essa discussão aconteceu a partir de uma proposta da administração municipal, que fez reuniões com lideranças nos bairros e definiram que seria uma boa estratégia para estimular a participação popular.

Nas atas do Conselho Municipal de Saúde, a primeira referência aos Conselhos Locais é feita na Ata 0005/99, quando a Secretaria

Municipal de Saúde apresenta a programação das ações para o ano de 1999. Estimular a implantação dos conselhos locais é uma delas.

O local [...] não deve ser entendido no âmbito puramente territorial ou geográfico. Corresponde não só a determinado espaço físico, mas têm os seus limites estabelecidos pelas relações entre os grupos e atores sociais que interagem neste espaço (SILVA, 2001, p.92).

Segundo SILVA (2001), a municipalização ampliou os números de Conselhos Municipais. Em muitos municípios foram criados os “conselhos locais de saúde ou conselhos gestores de unidades de saúde” (SILVA, 2001, p.118). Estes, normalmente, não são paritários, tendo uma maioria de usuários.

Quando levantamos a discussão sobre a relação daquele Conselho Local com o Conselho Municipal, as afirmações foram:

Não existe relação entre o Conselho Local e o Conselho Municipal de Saúde. Os conselheiros municipais nunca vieram aqui e nós nunca fomos lá.(CL6)

Era preciso fazer parte do Conselho Municipal de Saúde, se estimula mais. O meu sonho, o meu objetivo é que as coisas aconteçam, que o povo tenha acesso e seja tratado dignamente. A participação do Conselho Local, do Conselho Municipal de Saúde, das assembleias (pré-conferências e conferências) é importante para o controle social.(CL8)

Sabemos que existe o conselho municipal de saúde, mas não sabemos direito quem são os representantes dos usuários.(CL4)

Não conhecemos a legislação; é possível superar as dificuldades com relação ao controle social através da capacitação e informação. Precisamos conhecer o Conselho Municipal de Saúde, trocar idéias de até onde pode ir a questão da saúde, direitos, deveres.(CL2)

A gente precisa criar mecanismos para que as articulações entre os vários conselhos aconteçam.(CL1)

Segundo um dos Conselheiros Locais da Policlínica Cristo Rei o “empurrão” que a administração municipal deu para a implantação dos Conselhos locais foi importante, especialmente quando dois conselheiros de cada Conselho Local participaram de um seminário, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, de integração e discussão de alguns temas para dar uma melhor qualificação aos grupos, momento em que lideranças foram capacitadas.

No momento, não temos como fazer uma avaliação qualitativa dos Conselhos Locais do município, mas é preciso concordar que este conselho tem tido algumas influências no direcionamento da assistência à saúde e tem efetivado algumas disputas.

Na relação com a Secretaria Municipal de Saúde, as afirmações são:

Até agora, quando precisamos de alguma coisa, a gente vai direto na secretaria de saúde, nunca fomos no Conselho Municipal de Saúde, para encaminhar alguma solicitação. Não sabíamos que podia ser assim.(CL2)

Quando alguma coisa não vai bem, a gente combina na reunião do Conselho Local de Saúde e vai na secretaria em grupo. Primeiro a gente tenta resolver na unidade com o diretor.(CL8)

Hoje a gente tem uma relação com a secretaria, está muito melhor porque estamos brigando por isso, porque é preciso entender o poder que temos.(CL2)

Estas falas denotam uma relação mais sólida com a Secretaria, e deixam transparecer fragilidades na relação com o Conselho Municipal de Saúde. Como o Conselho Local estabeleceu uma relação direta com a equipe central da Secretaria Municipal de Saúde, não utiliza outras instâncias importantes na caminhada pelo controle social.

As sugestões que o grupo gostaria de estar encaminhando ao Conselho Municipal são as seguintes:

Criar estratégias de participação de conselheiros municipais no conselho local e vice-versa;

Trazer discussões mais ampliadas para os conselhos locais;
 Que as deliberações do Conselho Municipal cheguem ao conselho local:

Os conselheiros locais gostariam de participar mais ativamente no planejamento local;

Maior integração dos serviços com a comunidade;

Que as informações cheguem aos conselhos locais, a partir de uma relação mais efetiva entre os conselhos.

Como mediadora dos encontros fiquei com a responsabilidade de encaminhar as sugestões do Conselho Local para o Conselho Municipal, já que tinha também uma reunião agendada com o mesmo.

Ao iniciar a atividade não tinha noção de como seriam encaminhadas as discussões e até onde iríamos. Com o decorrer do trabalho fui percebendo que, como pra mim, para os conselheiros esta opção teve um significado importante. Suas falas apontam para isso.

Aprendemos bastante, precisava ter discutido mais algumas leis, mas foi bom. (CL6)

Nós precisamos conhecer mais a política, queremos saber mais, temos que participar.(CL2)

Foi muito produtivo, mas esperava mais espaços para discutir questões técnicas”, as leis, portarias. (CL6)

Gostei muito, senti pena de não ter vindo na semana passada.(CL3)

Foi importante. A discussão da ALCA, nossos limites, nosso poder, responsabilidade. Eu acho que a gente pode ir mais longe, pra melhorar. [...] ajudar a melhorar o trabalho do dia-a-dia daqui.(CL2)

É significativo saber que após três meses do término da pesquisa foi editado um boletim que leva informações do Conselho Municipal de Saúde para os Conselhos Locais. Esta também é uma forma de avaliar o trabalho.

Encontro com o Conselho Municipal de Saúde

A reunião com o Conselho Municipal de Saúde foi marcada extraordinariamente às habituais. A proposta de trabalho havia sido explicitada em reunião anterior, os conselheiros presentes foram os que se dispuseram a discutir a questão do controle social, a partir de um Conselho Local de Saúde, e como se estabelece a relação entre o conselho local da policlínica Cristo Rei e o Conselho Municipal de Saúde.

Os conselheiros foram consultados para verificar o interesse e disponibilidade de participação. Os cuidados éticos tiveram como referência a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo por fundamento que todo trabalho acadêmico deve estar atento à questão ética, seguimos os mesmos princípios utilizados com o Conselho Local de Saúde.

Foi solicitada autorização para utilizar o gravador, o que foi consentido. Um conselheiro (G2) pediu à mediadora se esta havia feito um estudo sobre os conselhos locais. Foi-lhe respondido que sim. Surgiram questionamentos sobre o porquê dos conselhos locais e o municipal não terem uma relação mais próxima.

Outrossim, existe uma disputa política que diz respeito à forma como a implementação dos Conselhos Locais foi encaminhada, e isto é gritante quando se participa das discussões sobre o assunto no Conselho Municipal. Após a leitura das falas e das sugestões levantadas pelos conselheiros locais, as posições foram:

Houve disputa para que fosse aprovada a Lei, que previa nova composição do Conselho Municipal de Saúde incluindo os conselhos locais na qualidade de conselheiros [...]. Esta lei foi vetada e houve influência de alguns conselheiros neste veto [...]. (G2)

[...] ainda hoje persiste a idéia de que os conselheiros têm uma relação clientelista com a Secretaria e que, muitas vezes, falam em causa própria. (G2)

[...] Quem os conselheiros locais representam, isto não é claro. De que forma este espaço foi articulado? (P2).

Os objetivos dos dois conselhos são os mesmos, precisamos enxergar que benefício tal medida traz para a população, [...] as dificuldades têm que chegar até o CMS para que sejam tomadas providências. (U1)

É importante esta articulação entre os conselhos, assim teremos mais força e maiores condições para pressionar o gestor.(P1)

As pastorais foram muito importantes na luta pela construção de um serviço de saúde. [...] os conselhos locais têm sido formados por pessoas que faziam parte das pastorais, dos grupos de reflexão [...]. (G3)

Outra questão é a relação entre profissionais e usuários, [...] em alguns conselhos há participação da equipe. [...] os conselheiros locais são a voz da comunidade?(G3)

Seria interessante que os conselheiros de saúde participassem dos conselhos locais de seus bairros. (U2)

A discussão sobre a participação dos conselheiros municipais nos conselhos locais, e é necessário lembrar que todos fazemos parte das comunidades. [...] É preciso analisar as formas reais de iniciar esta comunicação.(P1)

Todos os conselheiros devem conhecer a legislação para defender os interesses da população.(P1)

As falas dos conselheiros locais são a maior evidência do avanço do controle social no município.(G1)

A atividade foi encerrada com o compromisso do Conselho Municipal de encaminhar estas questões, colocando-se como parceiro dos conselheiros locais da Policlínica Cristo Rei nas disputas que apontem para o exercício do controle social.

CAPÍTULO IV

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: A AÇÃO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

4.1 – Discutindo o trabalho

Neste item apresentarei as reflexões que aconteceram durante este trabalho assistencial. Estas discussões e reflexões não se encerram aqui, por que estes são os passos iniciais para um assunto denso e de muita importância para a consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE no País.

A implantação/construção deste trabalho permitiu que pudéssemos olhar a realidade considerando a importância da Enfermeira de ações educativas, cuidativas e os cenários que se ampliam para estas ações. Pudemos perceber a necessidade política de fazer, buscar, implementar estas ações e que vários sujeitos podem se mobilizar para a transformação deste espaço, a partir de relações sociais, políticas, culturais, éticas, sensíveis, entre outras.

Além disso, foi possível visualizar a importância de uma consciência política, da academia, dos serviços, dos usuários do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, assim como perceber a possibilidade de autonomia, que permita olhar a população como sujeito deste processo de construção,

conforme FREIRE (2000, p. 106), “[...] Sei que ignoro e sei que sei. Por isso, tanto posso saber o que ainda não sei como posso saber melhor o que já sei e saberei tão melhor e mais autenticamente quanto mais eficazmente construa minha autonomia em respeito aos outros”.

Conforme os encontros foram acontecendo os pressupostos do trabalho foram sendo validados nas falas dos conselheiros:

Existe diferença entre a linguagem culta e a linguagem popular e esta diferença se apresenta constantemente nas discussões que acontecem nos conselhos locais e municipais de saúde. Nas intervenções dos conselheiros locais de saúde isto aparece com frequência quando é necessária alguma discussão mais técnica. Em muitos momentos dificulta o posicionamento dos conselheiros nas deliberações de algumas questões. “Diante do técnico competente, dificilmente uma pessoa comum sente-se à vontade para discordar ou colocar seu ponto de vista” (WENDHAUSEN E CAPONI, 2002, p.5). Mesmo entre os conselheiros locais, as falas dos que têm mais escolaridade e/ou tempo de militância nos movimentos sociais, acabam se sobrepondo aos demais.

Quando venho em alguma reunião, algumas falas eu não entendo e fico sem jeito de perguntar o que é isso.(CL9)

As informações são técnicas, alguns de nós não têm acesso, por não entender o que está sendo dito [...].(CL1)

Com relação à possibilidade de **intervenção do usuário na política de saúde local ser limitada a assuntos pontuais**, é muito claro nas discussões que as deliberações acabam sendo pontuais, especialmente no Conselho Local de Saúde, que se pauta na necessidade do bairro ou da comunidade onde se reside. Na relação do Conselho Municipal de Saúde, apesar de várias representações serem do segmento usuário e de outros segmentos que não o governo, o espaço, em muitos momentos, se presta para a “legalização” e “legitimação” das ações governamentais, desde as municipais até as federais.

Segundo CECÍLIO (1999), existem limites quanto ao controle social. Um deles, e que apareceu neste trabalho, é a relação dos trabalhadores de saúde das unidades de atenção básica com o controle da sociedade, não reconhecendo e se mantendo alheios a esta possibilidade.

De acordo com SILVA (2001), os interesses presentes nestes espaços e os acordos que são articulados pelos sujeitos é que determinam o funcionamento da unidade.

O olhar dos conselheiros, quando se discute **prioridades para a política de saúde local, aponta para a mudança de modelo técnico-assistencial**. Os usuários do sistema têm claro que este modelo de saúde não é adequado à conquista de condições dignas de saúde, apesar disto, têm dificuldade de perceber o momento de intervir. A defesa de um modelo que tenha uma relação dialógica e que possibilite a intervenção da população existe de forma muito tímida. A discussão do modelo assistencial acaba sendo realizada pelos técnicos e equipe central. Quando a discussão do que é saúde aparece, é perceptível que alguns atendimentos, que têm sido oferecidos na policlínica, não agradam aos usuários especialmente no quesito qualidade³⁰, conforme falas:

Tem uma médica que conversa, escuta, às vezes nem dá remédio; essa é boa, a gente gosta.(CL3).

O médico às vezes nem olha pra gente e já dá remédio [...]. Tem que ser diferente.

Se um funcionário te explica, já melhora bastante.(CL6)

Nos últimos anos, a equipe central da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó vem discutindo e, a partir de 2002, iniciou a capacitação e a implantação do ACOLHER-Chapecó³¹, re-organizando o

³⁰ Qualidade relacionada mais especificamente ao vínculo existente entre usuário e trabalhador.

³¹ Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó (2003), acolher é uma nova forma de atendimento da saúde em Chapecó. O usuário será acolhido quando chegar na Policlínica ou unidade de Saúde da Família, e não mais precisará pegar ficha para garantir seu atendimento.

modelo assistencial, segundo as diretrizes do acolhimento, vínculo, resolutividade e autonomização do usuário.

“Entre os experimentos que também visam inverter o modelo assistencial, merecem destaque as propostas de acolhimento, responsabilização e vínculo” (SILVA, 2001, p.268).

A operacionalização desta proposta obedece aos seguintes princípios básicos:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal [...]; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que se desloque seu eixo central do médico para a equipe multiprofissional (denominada) equipe de acolhimento [...]; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve desenvolver-se segundo princípios humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO e col, FRANCO & MERHY apud SILVA 2001, p. 269).

Nas reuniões do Conselho Local de Saúde, o grupo refere esperanças e medos com relação à implantação do ACOLHER-Chapécó. Este tem sido discutido pelos profissionais e usuários. Alguns trabalhadores da policlínica Cristo REI têm realizado capacitações. Em qualquer discussão que aponte para mudanças, aparece uma certa tensão no grupo, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

Para fazer o acolhimento vão tirar nossa melhor médica daqui”. [...] Vamos precisar discutir . (CL3).

A população não entende muito isso. Se a gente falar que o atendimento será realizado pela equipe, eles já pedem: e as consultas com o médico? (T1)

Vai diminuir o número de fichas, mas nós vamos sempre ser atendidos.(CL2)

O trabalhador de enfermagem precisa ser comprometido com a efetivação da participação popular a fim de construir o SUS. “Apesar de preocupados com as ações educativas, os profissionais de enfermagem, em sua maioria, ainda se fundamentam pela pedagogia da transmissão”

(MONTICELLI, 1994, p. 7). Segundo MONTICELLI (1994), é importante que se entendam as práticas de saúde como fenômenos sociais, a fim de que as ações educativas em saúde apontem para a mudança de comportamento dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Os usuários têm exigido que os trabalhadores da saúde tenham compromisso com o SUS e com as políticas públicas de um modo geral, especialmente com um atendimento de qualidade.

Para contribuir nesse processo, é preciso olhar a enfermagem como prática social, sendo este contexto, segundo MONTICELLI (1994), que lhe dá vida, permite-lhe mobilidade e possibilidade de mudanças, tanto na profissão como nas relações que são estabelecidas pelos sujeitos que participam dessa rede.

Como a enfermeira está muito presente na realidade das Policlínicas e das unidades de Saúde da Família, acaba sendo o profissional que tem um envolvimento maior com a população e, por isto, lhe é exigida uma permanente inserção na discussão das políticas públicas, em especial a saúde, se comparada aos demais trabalhadores.

Os conselheiros locais têm este pressuposto mais presente, se lhes fosse permitido dizer o que é preciso para a qualidade da assistência, certamente apontariam algumas direções.

[...] a Enfermagem enquanto profissão também se modifica [...]. Não é um entendimento em que primeiro precisa haver uma reformulação interna dos profissionais [...]. [...] como uma possibilidade conjunta de crescimento e transformação dinâmica e bilateral (MONTICELLI, 1994, p.14-15).

A população tem buscado esta articulação como prioridade nas lutas por uma saúde de qualidade e universal, e nesta caminhada:

As enfermeiras³² ajudam a gente nos grupos, nos visitam e as vezes nos ajudam nas brigas que fazemos.(CL9)

³² Enfermeiras aqui são também os auxiliares e técnicos, é a Enfermagem.

A gente fazia as reclamações sempre direto na Secretaria municipal de saúde, não adiantava fazer aqui na policlínica, agora com o conselho levamos a maioria das solicitações junto com o nosso diretor; ficamos mais fortes.(CL1)

Agora fazemos reuniões e o diretor também nos auxilia, quando tem um problema na comunidade.(CL3)

A descentralização do poder, propiciada pela municipalização, precisa interferir/facilitar para que os processos políticos que acontecem no município promovam a participação popular na perspectiva do controle social. Isto é muito claro quando os conselheiros usuários falam das várias etapas do processo de descentralização (ainda não efetivada da forma como gostaríamos), e de como isto poderia qualificar e ser estratégico para a efetivação do SUS. Apesar da descentralização estar em lei, não podemos ser ingênuos a ponto de não perceber que ainda existe centralização de poder, especialmente no que se refere à questão orçamentária.

Esta centralização do poder vai sendo rompida, a partir de concepções e ações educativas que vêm se construindo ao longo dos anos e acabam fortalecendo a participação de vários sujeitos, buscando a efetiva descentralização nas políticas públicas.

Na lei, o Estado é responsável por alguns direitos, mas alguns nós vamos garantir nas disputas de poder que acontecem nos nossos conselhos, tanto locais quanto municipais, de saúde.(CL1)

O direito a ter saúde é de todos; sem saúde a gente não vive.(CL6)

Ter direito de dizer o que é melhor para o bairro, participar do orçamento, isto é ajudar a definir o que tem que ser feito antes para melhorar a qualidade de vida nos bairros. (CL2)

Afinal de contas “saúde é o que a sociedade propõe, aceita, reivindica e constrói como padrão de qualidade de vida. Saúde é assunto

de todos, responsabilidade de todos, além de ser direito de todos” (MINAYO, 2001, p.36).

Gestores locais comprometidos com a reforma sanitária e com a construção do SUS facilitam a superação dos obstáculos relacionados ao controle social, a partir da participação popular. Em Chapecó a secretária e a equipe gestora têm forte identificação com o SUS; fazem parte desta luta há muitos anos. Agora no poder, “[...] têm o desafio de pôr em prática um projeto mais consistente de gestão da saúde” (SILVA, 2001, p.211).

No Conselho Local de Saúde da Policlínica Cristo Rei, os opositores ao grupo político que está no poder municipal, apesar de não terem alardeado sobre as qualidades da administração, não negaram as conquistas.

Um dos motivos para estas relações é que, ao ser investida de poder, a esquerda toma como estratégias de participação popular o orçamento participativo e os Conselhos Locais de Saúde. A população se enxerga ajudando a definir as estratégias de governo, apesar desta inserção ainda acontecer de forma tímida nos vários espaços.

Hoje está muito melhor porque a população está brigando por isto, ela está participando no OP e quando a gente aprova a solicitação, ela acontece. Mas ainda é preciso cobrar, porque sabe como é, né, eles também estão aprendendo a dividir poder.(CL2)

Participo, mas às vezes parece que as coisas já estão prontas e a gente só vem aqui aprovar.(CL6)

Porque é preciso perceber o poder que temos e às vezes aqui no conselho se junta e fazer a luta. Quando precisou, a gente tirou profissional daqui.(CL3)

A partir do referencial teórico, o trabalho foi iniciado com alguns conceitos a priori e outros dois foram acrescentados durante os encontros, especialmente a partir das contribuições do Conselho Local.

Somos trabalhadores, preocupados em garantir direitos para todos [...].(CL8)

Se nos deixarem, somos capazes de ajudar a definir o que é melhor.(CL2)

Faço parte de um grupo, de uma comunidade [...].(CL4)

[...] sempre em formação, não estamos prontos, [...].(CL1)

Nós já brigamos muito, porque acreditamos na nossa força [...]. Às vezes a gente se revolta.(CL6)

[...] comprometidos com a política de saúde [...].(T1)

Se nos juntarmos com a equipe, nosso poder fica maior [...].(CL5)

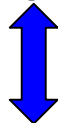
[...] somos capazes de articulação [...].(CL7)

[...] temos poder, é preciso entender isso.(CL1)

Nessas falas, o conceito de **Ser Humano** aparece muito próximo do que, à princípio, eu havia definido: um ser social, construído a partir das relações históricas, nas quais o dialogo é fundamental. Um ser que é capaz de articular-se para entrar em disputas a fim de garantir direitos.

Conselheiro/Enfermeira

SER HUMANO



Com possibilidades e em formação;

Capaz;

Comprometido;

Tem Poder;

Participa;

É um trabalhador;

Capaz de educar e educar-se;

Capaz de articular-se;

Faz parte de um grupo;
Capaz de indignar-se/revoltar-se.

Assim como o conceito de ser humano, os de enfermagem, sociedade e saúde aparecem articulados e apontando a direção para os demais:

A enfermagem é olhada como uma profissão que, assim como os usuários têm compromissos na construção do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

As enfermeiras discutem com a gente nos grupos.(CL9)

[...] ajudam em algumas situações [...] a enfermeira nos cuida.(CL4)

A enfermeira, assim como [...] os trabalhadores de saúde, pode apontar caminhos para a consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE brigando pela cidadania da população.(T1)

Os trabalhadores de saúde ajudam a construir caminhos”.(CL2)

Claro que também aparecem as falas que apontam para direções diferentes:

A enfermagem, às vezes, não sabe ouvir e nem falar [...].(CL3)

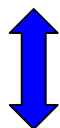
A equipe não vê o usuário com possibilidade de interferir e fazer avaliação das ações.(CL1)

As falas indicam como, em alguns momentos, a relação entre equipe e usuário é desigual e o “*técnico competente*”³³ tem o poder de não ouvir e não explicar, mas simplesmente fazer. O papel do usuário da política pública de saúde na relação cotidiana com o serviço de saúde tem alguns entraves na relação/vínculo trabalhador e usuário. Nós,

³³ Grifo meu.

trabalhadores, não o percebemos além da busca da assistência e precisamos superar isto.

Enfermagem



É uma profissão;

Pode ser parceira de lutas;

Educa;

Pode apontar direções;

Precisa ouvir e falar;

Precisa enxergar o usuário como alguém capaz;

É alguém que cuida.

Quando discutimos saúde, é interessante identificar como, apesar de enxergar a equipe, as pessoas dentro do conselho local, em alguns momentos, relacionam o ter saúde com consultas e procedimentos:

Conseguir um atendimento mínimo, atendimento básico [...]. (CL6)

O serviço precisa dar respostas à dor, à prevenção, com respeito ao ser humano. (CL1)

Tenho que conseguir chegar à policlínica, ser atendido, fazer os exames, ganhar o remédio [...]. (CL3)

Até que um dos participantes da atividade diz que:

“SAÚDE É DIREITO”. (CL1)

A saúde, como direito, no mundo é divulgada de forma mais ampliada após a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (1948), aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas. No artigo 25 traz:

Todas as pessoas têm direito a um padrão de vida adequado a saúde e bem-estar próprios e de suas famílias,

particularmente alimentação, moradia, vestimenta e assistência médica e necessários serviços sociais, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outra falta de meios de sobrevivência em circunstâncias fora de seu controle.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, diz que:

Em sentido mais amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, tempo livre, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente o resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (VIII CNS, 1986)

A Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 196, afirma que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Ao avançar o trabalho, aparece a questão da determinação social e as interferências desta na garantia da saúde.

O Estado tem que garantir o direito à saúde [...] ele cobra e recebe impostos.(CL2)

Preciso de informação, saneamento, água, luz, esgoto, escola [...] me divertir, ter trabalho; isto é saúde.(CL8)

A população precisa ser atendida como cidadão de direitos, com necessidades.(CL1)

Ter acesso à moradia, transporte, alimentação, informação, lazer, [...].(T1)

Quando eu era do Movimento Sem Terra, na ocupação eu brigava por acesso à terra, à escola, moradia, trabalho [...]; tudo é saúde.(CL5)

Implícita nestas falas aparece timidamente a questão do poder, que é mais evidente em outras afirmações:

Quem tem poder para encaminhar estas políticas? [...] precisamos pressionar quem elegemos, este é um direito, é um poder nosso.(CL2)

Às vezes a população pode procurar o Fórum, né, o ministério público e fazer algumas coisas. (CL1)

Quando o prefeito, a secretária, tem compromisso, a gente consegue mais coisa.(CL3)

O que a gente sabe é que se não tem vontade política, as coisas não acontecem.(CL7)

A Secretaria, o prefeito tem que garantir a aplicação das leis, se não acontecer isto, então temos que nos juntar e brigar, se precisar levar pra o ministério público.(CL1)

Tudo que for preciso fazer para pressionar a Câmara de Vereadores, o prefeito, os deputados, a Secretaria de saúde, deve ser feito.(CL2)

O presidente tem poder. [...] não adianta só o Lula ganhar, tem que ter o apoio popular e quem vai provocar, empurrar vai ser o povo. [...] tanto apoio quanto pressão, porque vocês não pensem que não vamos ter que pressionar o Lula.(CL2)

A Constituição garante direitos, precisamos nos organizar melhor, nos juntar, participar [...].(T1)

A lei 8142/1990 reforça e garante que a participação popular tem como fim último fazer o controle social sobre as ações de saúde, através dos representantes dos usuários do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, logo, isto é poder, mas vários estudos mostram e avaliam que, apesar deste segmento ocupar 50% das vagas nos conselhos de saúde, isto não tem sido suficiente para garantir o controle social (LABRA, 2000/2001; BRAVO, 2000; FIGUEIREDO, 2000). As dificuldades têm sido desde a pouca participação popular, nos vários espaços de disputas das políticas

públicas, até a forma técnica como são encaminhados alguns assuntos, o que inibe a participação do usuário que, muitas vezes, não consegue acompanhar as falas.

Na verdade, mesmo os usuários que fazem parte do Conselho Local da Policlínica Cristo Rei, demonstram, especialmente na compreensão de algumas falas, muitas dificuldades. E, o que é mais sério, alguns deles, com o passar dos anos nos movimentos, acabam se apropriando de “jargões técnicos” e excluem parceiros de segmento nas disputas.

Os conselheiros locais de saúde da Policlínica Cristo Rei se percebem como fiscalizadores das ações da policlínica, mas também como partícipes de ações na garantia da política de saúde, e entendem que isto é controle social.

Nós fiscalizamos os trabalhos da equipe, dos médicos [...] não é só cumprir hora, mas é atender bem, conversar, conhecer a comunidade [...].(CL4)

Às vezes, a gente briga até com o diretor da policlínica, [...]. Mas é pra melhorar o atendimento.(CL3)

A gente pode ajudar o diretor, a Secretaria, o médico não está vindo, está atendendo mal, [...]. A gente vai na Secretaria reclama e pode melhorar; a gente sente que está sendo ouvido, mesmo que às vezes as coisas não mudem. [...] vamos lá de novo.(CL6)

É melhor quando a gente sente que o profissional também defende o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, aí a gente vira parceiro e briga junto. [...] A policlínica está com dificuldades por causa do espaço físico, vamos brigar juntos.(CL2)

A gente não pode só ficar fazendo esta ponte, temos que discutir algumas coisas juntos. [...] Essa proposta do Acolher-Chapécó precisamos conversar mais, ter informações, dar opinião [...].(CL1)

Primeiro a gente defende os interesses da nossa comunidade, o que precisa ser diferente; se precisar, temos que nos juntar a outros conselhos e brigar para que a administração faça aquilo que é preciso fazer.(CL2)

Tem proposta do ministério que fala em 'cesta básica'; se a gente não briga tem coisas que só consegue em casos extremos, então a gente vai na Secretaria e fala com o secretário e até consegue.(CL6)

A disputa pode ser por água, luz, escola, mais participação; isso é saúde.(CL2)

No município precisamos saber quanto vem pra saúde, do dinheiro. Isso a gente tinha que fazer, mas não estamos fazendo muito, né?(CL7)

Se o conselho entendesse a força que tem, mas as coisas empacam e a gente não vai pra frente.(CL2)

Apesar de entenderem ser importante o controle social em todos os momentos da política de saúde, os conselheiros do conselho local, têm clareza que, em alguns momentos da política, ainda não estão conseguindo intervir.

Quando discutimos a questão da comunicação e informação, os dois conceitos aparecem muito juntos. A informação pode e deve se transformar em conhecimento para viabilizar apropriações que permitam aos usuários colocarem na disputa, dentro destes espaços gestores, as suas propostas e prioridades.

Segundo PITTA (2003), é preciso garantir um amplo acesso a todos os cidadãos

à liberdade de expressão [...], a transparência, o direito à participação, e o direito à informação de diferentes produtores e fontes [...]: são bases bibliográficas, bases e banco de dados de interesse para a saúde, atas e resoluções dos Conselhos de Saúde, documentação oficial, vídeos, jornais [...] (PITTA, 2003, p.2).

A partir desse acesso, os usuários podem estar fazendo enfrentamentos com os demais segmentos dos conselhos.

É que nem todo mundo sabe, [...] nós não sabíamos que podíamos ir até as reuniões do Conselho de Saúde. (CL2)

É importante quando vem alguém da Secretaria falar com a gente, sabemos que o conselho precisa estar vigilante, mas precisamos de informações, [...] a gente vai atrás delas às vezes. (CL6)

A gente fala ALCA. ALCA, a gente que consegue ter acesso a maior conhecimento. [...] sabe o que trata, que discussões se travam, como funciona. [...] a maioria da população não sabe nem o que significa ALCA, globalização, controle social, [...]. (CL1)

[...] tem que discutir num nível mais amplo tinha que ter mais conhecimento sobre esses assuntos. (CL1)

[...] tem acesso a várias informações, até porque a gente busca mais, mas a população em geral não sabe e não percebe como tem sido afetada por esta política [...]. (CL6)

[...] não é tanto o medo de discutir, é também pela falta de informação, a ignorância do assunto [...]. (CL6)

Eu falo por mim, porque quando não entendia as coisas tinha uma atitude, agora já é diferente. (CL2)

A partir de todas as falas, percebe-se a compreensão de poder, democratização, participação, ser humano, controle social do grupo, às vezes um pouco limitado a questões pontuais. No entanto, também aparece uma leitura mais ampliada de saúde e de possibilidades de participação a partir de disputas que são necessárias para consolidar o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE e o controle social.

No processo de, coletivamente, construirmos possibilidades de participação popular, é preciso que conselheiros e enfermeiras avancem na reflexão crítica sobre a realidade vivida, construam juntos uma nova realidade, que deve ser tomada como um novo objeto de uma nova reflexão crítica. Para FREIRE (2000), “assim ocorre a conscientização, que só é possível na práxis, na ação-reflexão-ação”, na união da prática e teoria.

Segundo MAZZORANI (2000), esta unidade dialética se constitui, para os seres humanos, na possibilidade e desafio permanente de escolher e transformar a si mesmos e ao mundo.

Somente assim, nossas idéias se apresentam como algo sempre novo, como um constante estar sendo, como um contínuo refazer-se em direção a uma sociedade mais justa e igualitária, onde a gestão participativa seja uma realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação deste trabalho no Conselho Local de Saúde da Policlínica Cristo Rei foi uma possibilidade impar de dialogar com alguns integrantes dessa comunidade identificando a percepção de controle social dos mesmos.

Esta atividade, neste momento da minha vida, foi a oportunidade de verificar o quanto minhas crenças em relação ao SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, e especialmente ao Controle social, podem se tornar realidade.

Seu desenvolvimento se deu num momento de muitas expectativas para a população. As esperanças em relação às eleições de 2002 foram, ao mesmo tempo, uma possibilidade e um desafio presente no decorrer dos encontros.

Para analisar a ação do Conselho Local de Saúde do Bairro Cristo Rei, suas possibilidades e limitações na efetivação do exercício do controle social, foi necessário compreendê-lo inserido na realidade do município do qual faz parte, conhecer o perfil dos seus sujeitos e como tem acontecido o processo de construção da participação popular na política de saúde, incluindo aí a relação entre esse conselho local e o conselho municipal de saúde.

Com a Constituição Federal e criação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE a população de Chapecó, inserida nos movimentos sociais, intensifica sua ação e discussão com relação ao direito à saúde. A lei

de criação do Conselho Municipal de Saúde é de 1991, e a partir daí, mesmo de forma incipiente, se intensificam as discussões sobre a “saúde” que se tem e a saúde que se quer, envolvendo especialmente os profissionais e gestores de saúde.

A proposta de trabalhar com este Conselho Local teve como objetivo geral Compreender a percepção de Controle Social e o processo de construção da participação popular na Política de Saúde no município de Chapecó o que pode indicar a necessidade de investimentos na ampliação da participação do usuário com relação à política de saúde.

Se, por um lado, fatores sociais, econômicos e políticos são determinantes da estruturação desses espaços, por outro, é nas relações que se estabelecem nos processos de busca de autonomia e articulações que essa organização se efetiva.

O conselho local nasce em uma estrutura de município recém administrado pela esquerda, com o compromisso de inserir a população nas discussões das prioridades para o município, utilizando para isso o orçamento participativo, aproximando a população usuária do sistema das decisões e do controle das ações de saúde. As relações que se estabelecem nesse espaço viabilizam a formação de parcerias e o compartilhamento de responsabilidades.

A utilização destas estratégias pode permitir a percepção de brechas por onde sujeitos sociais, que não comungam da ideologia dominante, podem construir uma contra-hegemonia. Estas possibilidades constroem-se, seguidamente, através de relações entre sujeitos que se legitimam junto a segmentos de grupos sociais.

Estabeleci alguns conceitos que nortearam o trabalho e que poderiam permitir alcançar o objetivo proposto.

Estes conceitos apareceram em vários momentos, reforçando que a construção deles realmente tem sido uma das formas de apropriação que a população tem tentado levar a cabo dentro deste Conselho Local, tendo um olhar a partir de sua perspectiva histórica e dialética, das participações nos seus espaços de luta. Minha concepção de realidade e o referencial

utilizado permitiram que, a partir dos encontros, houvesse uma problematização da questão participação e controle social nos espaços do Conselho Local de Saúde.

O trabalho se pautou na perspectiva da ação-reflexão-ação, utilizando a pesquisa ação e a educação popular, na qual todos os participantes tiveram sua ação no espaço do conselho e a sua experiência diária de conselheiro e trabalhador influenciadas mutuamente, o que possibilitou atingir os objetivos propostos.

Limites e contradições aparecem nesse trabalho, mas certamente foi desencadeada uma ação que terá continuidade nesse conselho local e que poderá se expandir a outros, ou ainda que as discussões e informações que foram feitas nos encontros acrescentem na efetiva participação dos conselheiros locais.

A pesquisa documental foi um instrumento importante para resgatar a história e conhecer a estrutura e as atividades deste conselho, oferecendo elementos para encaminhamentos no processo da atividade.

A partir disto surge a possibilidade do trabalhador de saúde passar de executor de programas a incentivador e colaborador do exercício do controle social sobre as políticas públicas, no sentido de estas se tornarem universais, de qualidade e definidas com a população.

As contribuições da implementação deste conselho local concentraram-se no fortalecimento da democracia, na formação de sujeitos coletivos, capazes de engendrar uma nova relação Estado-sociedade. Reconhecendo que as lutas por esta redefinição deverão ter por premissas o questionamento do modelo político vigente, as produções vêm alimentando esse debate na direção do estabelecimento de um modelo de democracia que contemple aspectos como autonomia da sociedade civil, ampliação de formas organizativas de representação e a proposta da participação direta (SOUZA, 2001).

Os mecanismos de controle social sobre a política de saúde: Conselhos, Conferências, Fóruns, Plenárias e Orçamento Participativo têm se constituído em espaços legítimos para a discussão das prioridades de

saúde? Este conselho tem conseguido dialogar no seu espaço e rever encaminhamentos para a policlínica na qual está inserido?

Nesse sentido, este estudo apontou algumas possibilidades de construção e fortalecimento do poder local no espaço deste Conselho Local enquanto alternativa às formas tradicionais de poder. Esta alternativa permite a disputa por uma política pública voltada à democratização das relações de poder.

Algumas iniciativas implementadas por administradores, especialmente os vinculados a Partidos de Esquerda, investiram na gestão local com Conselhos Populares para estimular e viabilizar a relação direta entre poder público e sociedade. Estas experiências promoveram algumas inversões no direcionamento das políticas públicas, voltando-as para o atendimento prioritário de demandas dos setores populares.

Outra iniciativa pode ser o investimento além da estrita descentralização administrativa, propondo-se a promover mudanças nas relações locais de poder, estabelecendo o controle social sobre o Estado, combinando democracia representativa com democracia direta. E, ainda, instituir uma “gestão democrática da cidade”, através do estabelecimento de uma nova relação entre governo e sociedade.

Estudos que vêm sendo realizados confirmam significativa melhoria dos indicadores de saneamento, educação e saúde dos municípios que investem nessa estratégia. Mas, é preciso rever alguns conceitos fundamentais para a constituição do poder local: democracia, cidadania, participação popular com controle social, poder, Estado, sociedade civil e, ainda, estudar formas para a operacionalização dessas ações.

De forma mais otimista, pode-se apontar o fato de que a operacionalização de uma gestão democrática vem permitindo uma aproximação mais direta entre população e poder público, desenhando um campo de relações de forças que tem estimulado a população a buscar o atendimento de seus interesses.

Isto tem imprimido às tentativas de uma gestão democrática e participativa um enorme desafio. De um lado, para os governantes, o temor pela possível diminuição ou perda do poder em razão de ter que gerir

conjuntamente com a sociedade civil as políticas públicas e/ou o orçamento municipal. De outro, para os integrantes dessa sociedade, tendo que entender a complexidade da gestão pública e seus desdobramentos.

Existe uma certa confusão ao se estabelecer uma relação direta entre descentralização, participação e democratização. A realidade é que historicamente a sociedade vem aceitando a forma autoritária de relação com o Estado. A implementação do processo de descentralização, administrativamente falando, ainda não contém o impulso necessário para frear o autoritarismo, democratizar a sociedade e ampliar a participação.

A priorização da questão da saúde pelos sujeitos com poder político, as possibilidades de organização da população e compartilhamento deste mesmo poder, a concepção do papel do Estado por todos os sujeitos e a mudança do referencial teórico para pensar e fazer saúde são fatores que determinam a trajetória em direção à construção do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE no Brasil.

A implementação deste trabalho exigiu compromisso, uma vez que discutir com os conselheiros alternativas para que o usuário participe com legitimidade e de fato das deliberações da política local de saúde é colocar em movimento os vários conceitos e valores da profissão.

No caso do Conselho Local da Policlínica Cristo Rei, em Chapecó, é possível dizer que existe um vínculo entre o conselho, os trabalhadores de saúde, equipe central da Secretaria de Saúde e a população.

Esta relação, ainda que com diferentes intensidades em cada momento, tem oportunizado mais informações aos conselheiros.

Apesar disso se percebe a dificuldade de articulação com o Conselho Municipal de Saúde, que aparece para os conselheiros locais como uma instância distante.

A enfermeira, nesta realidade, tem um papel importante, já que pode estar possibilitando que os espaços de participação na comunidade sejam ampliados, contribuindo com a ação consciente dos usuários nas disputas que são realizadas.

Entendo que conscientizar a população não passa de ingenuidade. O povo se conscientiza em sua práxis cotidiana, com base em seus projetos individuais e coletivos. A importância do trabalho da enfermeira nesta perspectiva é, nada menos, que estimular o processo de participação da população trocando experiências, trabalhando de forma articulada na constituição de um saber coletivo, que foi um desafio vivenciado ao longo desse trabalho. Nesse sentido, vale a pena lembrar GALEANO (1977, p.22), quando afirma: "[...] somos o que fazemos e, sobretudo, o que fazemos para mudar o que somos".

Pode-se dizer que os pressupostos descritos neste trabalho foram confirmados pelo mesmo. Acredito, pois, que se unirá a outros trabalhos que discutiram esta mesma temática, em contextos históricos diferentes.

A construção desta dissertação é uma tentativa de escrever a história de uma experiência, e "é lugar comum, talvez, repetir que a experiência vivida não pode ser transposta para palavras escritas ou falada" (DIAS, 1982, pg. 13). Apesar disto, é uma tentativa. Não posso aqui transcrever um olhar, um brilho no olhar, uma irritação, uma alegria, um gesto, um sorriso, a felicidade de passar para o 2º turno, a decepção..., mas posso dizer de alguns resultados que surpreendem, como: a apropriação e o apreender dos conselheiros locais.

Este Conselho Local nasce e amadurece numa realidade onde a formação econômica e social tem vivido crises estruturais muito intensas. A partir disto em alguns momentos se mostra frágil, pequeno, sem forças, em outros, forte, real, articulado. A história irá apontar qual sua força e sua maior disputa será cobrar a implementação projetos políticos capazes de possibilitar a participação real.

Este trabalho demonstra o quanto tem se ampliado os locais e a forma de atuação da Enfermeira e a importância de fazer estas discussões nos espaços acadêmicos preparando os egressos para a possibilidade de intervir nos momentos e locais de participação com comprometimento e na defesa da consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, entendendo-o como uma política pública que precisa ser garantida e acessada por todos de forma universal, igualitária, integral.

Como Enfermeira me cabe o trabalho de fornecer elementos, de acrescentar reflexões, subsídios, mas nunca achar que a verdade é a minha ou que conheço o melhor caminho, isto juntamente com a percepção da capacidade que os conselheiros da Policlínica Cristo Rei tem de discutir e participar do processo de consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE foi meu maior aprendizado, indicando que meu acreditar pode se transformar numa realidade.

*“Embora ninguém possa voltar atrás
e fazer um novo começo,
qualquer um pode começar agora
e fazer um novo fim”.*
(Chico Xavier)

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz C. et al. **Repensando o Trabalho Social** – a relação entre Estado, Instituição e População, 3ª ed. São Paulo, 1984, 90p.

AÇÃO CATÓLICA OPERÁRIA. **História da classe operária no Brasil: resistência** – 1888 a 1919. Rio de Janeiro: ACO, caderno 2, 1985.

ALBA, Rosa Salete. **Espaço Urbano: os agentes da produção em Chapecó**: Argos, 2002. 179p.

AMORIM, Deborah Cristina. **O sistema de abrigo em Chapecó-SC: possibilidades e limites da implementação de direitos para crianças e adolescentes**. 2003. 122p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Centro sócio-econômico, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

ANDRADE, Elivete Cecília. Comentário Complementar. In: ANDRADE, Lédio Rosa. **Legitimidade, legalidade e representatividade**. Mimeo, 2000.

ANDRADE, Lédio Rosa. **Legitimidade, legalidade e representatividade**. Mimeo, 2000.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Genebra: ONU.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 217p.

_____. **Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política**. 4ª ed. Trad. Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 173p.

BOSI, Alfredo. **Dialética da colonização**. 3ª ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1996. 401p.

BRASIL Ministério das Cidades. **Conferência das cidades “cidade para todos”** 2ª ed. 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde** – leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Copyright, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde** - textos básicos. Rio de Janeiro: Copyright, 2001.

BRAVO, Maria Inês. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária** – lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996. 286p.

_____. **Mapeamento dos Conselhos Municipais de Saúde das Regiões Metropolitanas III do Rio de Janeiro (Itaboraí, Magé, Guapimirim, Tanguá, São Paulo e Niterói)**. Mimeo. 2000.

_____. **O controle Social na Saúde**: uma demanda do Serviço Social. Relatório do projeto nº 990237. Mimeo. 2000.

BUB, Maria Bettina Camargo. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. 2001. 124p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAAM, 1995.

Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado In: FLEURY, Sonia. **Revista Saúde e Democracia**. A Luta do CEBES. São Paulo: Lemos.1997

CASTILHO, Áurea. **A dinâmica do trabalho de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998, 276p.

CASTRO, M. H. G. **Governo local, processos políticos e equipamentos sociais**: um balanço bibliográfico, BIB, 1988.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, **Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde**. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.23,nº53,p. 30-36, set/dez.1999.

CONASEMS – **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**, n. 3, 1998.

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL - CMAS, **Plano Municipal de Assistência Social, 2002- 2005**. Dispõe sobre a Política Municipal de Assistência Social, Chapecó, 2002.

COUTINHO, Carlos N. "O lugar do manifesto na evolução da teoria política marxista". In Reis Filho, D. A (org.) **O manifesto comunista 150 anos depois**. Rio de Janeiro, Contraponto; São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 1998. 207p.

COUTINHO, Carlos N. **Marxismo e política** a dualidade de poderes e outros ensaios. 2 ed. São Paulo: Cortez; 1996. 160p.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que é participação política**. São Paulo, Abril Cultural: Brasiliense, 1984.100p.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 3ª. Ed. São Paulo: Cortez, 1999. 176p.

DESCENTRALIZAÇÃO das ações e serviços de saúde. Informe Epidemiológico, SUS, 2 (nº esp.): 3-47.

DIAS, Maria Ester B. **A dialética do cotidiano**: trabalho social em conjunto habitacional. São Paulo: Cortez, 1992. 104p.

EGRY, Emiko Yoshikawa. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: a experiência brasileira. In CHIANCA, Tânia C. M. e ANTUNES, Maria José M. (org) **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**: CIPESC. Série Didática: Enfermagem no SUS. Brasília: ABEN, 1999. 34-56.

FADUL, W. **Minha política nacional de saúde**. Saúde em debate, v.7, p. 67-76, 1978.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O Trabalho da Política**: Saúde e Segurança dos Trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1992. 312p.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil** - ensaio de interpretação sociológica. 3ªed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987. 413p.

FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn. **Comunidade Cívica, capital social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 2001.

FLEURY, Sonia. Em busca de uma teoria do welfare state. In: **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994, p. 101-118.

FOUCAULT, Michel. **Hermeneutica del sujeito**. Madrid: La Piqueta, 1987, 142p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 295p.

FREIRE, Madalena. O que é um grupo? In: Grossi, E. P., BORDIN, J. **Paixão de Aprender**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993, p. 59-68.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 165p.

GALEANO, Eduardo. **Defesa de la palavra**. Nueva Sociedad: nov.dez. 1997.

GIANINI, Reinaldo J. **Desigualdade social e saúde na América Latina**. São Paulo: Annablume, 1995. 145p.

HOUAISS, Antonio e VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922 p.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**, 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999. 326p.

JACOBI, P. **Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate**. In: Cadernos da nona. Brasília: v. 1, p. 113-120, 1992.

JAPIASSÚ, H., MARCONDES D. **Dicionário Básico de Filosofia** 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 2001.296p.

KLEBA, Maria Elisabeth. A participação social nas decisões políticas para a saúde – a pastoral de saúde e a construção do SUS no Oeste Catarinense. In: Grifos nº 5 **Ética e Política**, ed.Grifos, Chapecó, 1998.

KUJAWA, Henrique, BOTH, Valdevir, BRUTSCHER, Volmir. **Direito à saúde com controle social**. Passo Fundo, CEAP, 2003.

LABRA, Maria Eliana. **Processo decisório e Conselhos de Saúde. Balanço a partir da produção acadêmica**. Rio de Janeiro: Relatório de Pesquisa Fase I ENSP/FIOCRUZ, 2000.

_____. **Processo decisório e Conselhos de Saúde. Balanço a partir da produção acadêmica**. Rio de Janeiro: Relatório de Pesquisa Fase II ENSP/FIOCRUZ, 2000.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto** (o município e o regime representativo no Brasil). São Paulo: Alfa – Omega, 1978. 296p.

LEOPARDI, Maria Tereza. **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999. 176p.

LOPES, J.R.L., Direito subjetivo e direitos sociais: o dilema do judiciário no Estado social de direito. In:_____. **Direitos Humanos, Direitos sociais e Justiça**. São Paulo: Ed. Malheiros, 1994.

LÊNIN, V. I. **O que é marxismo?** Porto Alegre: ed. Movimento, 1980. 75p.

MARTINELLI, Maria Lucia. **O Serviço Social e as demandas na contemporaneidade.** Curso de Mestrado em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social. PUC-RS, 1994.

MARX, Karl. Teses contra Feuerbach. In: _____ **Os Pensadores.** Trad. José Carlos Bruni. São Paulo, Abril Cultural, 1974, p. 57 – 59.

_____. O 18 Brumário de Luís Bonaparte In: _____ **Os Pensadores.** Trad. José Carlos Bruni. São Paulo, Abril Cultural, 1974, p. 329 – 410.

MARX, K. ENGELS, F. **História.** trad. Florestan Fernandes 2ed. Atica, São Paulo 1984. 496p.

MAZZORANI, Benildes Maria. **O trabalho da enfermagem nas unidades básicas de saúde:** reflexões sobre a realidade vivida e possibilidades de transformação. 2000. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MENEZES, M. Thereza C. G. de. **Em busca da teoria:** Políticas de Assistência Pública. 2 ed. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 1998. 142p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. (org.). **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 269p.

_____. Prefácio. In: SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local:** sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001. 292p.

_____. Os efeitos da globalização no mundo do trabalho e políticas públicas. – In: Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil, 2, 1997, Florianópolis. **Anais.** Florianópolis: 1997. p. 35-44.

MONTICELLI, Marisa. . As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto e Contexto** Florianópolis, v3, nº2, p.7-16, jul./dez.1994.

MORETTO, Marcos Aurélio. **A política e a prática nas unidades básicas de saúde:** suas consonâncias e dissonâncias. 2000.144p. Dissertação (Mestrado) Pós-Graduação em Enfermagem, (modalidade interinstitucional-UFSC/UNC/URI) Concórdia.2000.

NOGUEIRA, Vera M. R. Assimetrias e tendências da Seguridade Social brasileira. In **Revista Serviço Social e Sociedade**. nº 65, São Paulo: Cortez, 2001. p 95 – 123.

NORDENFELT, Lennart. **Conversando sobre saúde**: um diálogo filosófico. Florianópolis: Bernúncia, 2000. 244p.

OLIVEIRA, Fátima. **Bioética**: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna, 1997. 144p.

PAIM, Jairnilson, Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP-FSP, 1994. 80p.

PAIVA, Beatriz Augusto, OLIVEIRA, Maria Norma de e GOMES, Ana Lígia. Medidas de combate à pobreza: a propósito das iniciativas legislativas do senador Antonio Carlos Magalhães. In **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 63, São Paulo: Cortez Editora, 2000. p 27 – 44.

PELIANO, José Carlos Pereira, 1999. disponível em: <http://www.pt.org.br/assessor/pobres.htm>. Acesso em: 09 de nov. 2003.

PERNA, Paulo de Oliveira. **O controle social na “ponta” do SUS**: o caso de Pontal do Sul-município de Pontal do Paraná-PR. 2000. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pós-Graduação em Enfermagem, (modalidade interinstitucional - UFSC/UFPR) Curitiba. 2000.

PIMENTA, Aparecida Linhares. **Saúde e humanização**: a experiência de Chapecó. São Paulo: Hucitec, 2000. 317p.

PITTA, Áurea M. da R. **Comunicação**: que políticas para o SUS, 1999. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns/temas/infsaude/aureapitta.htm. Acesso em 31 de Jan. 2003.

POLI, Odilon. **Leituras em Movimentos Sociais**. Chapecó: Grifos, 1999. Cap 3 e 4. 181p.

RAMOS, Flávia Regina Souza. Ética e cuidado de enfermagem: o sentido desta relação. In: PRADO, Marta Lenise do. GELBCKE, Francine Lima. **Fundamentos de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. 341 p.

QUINTANEIRO, Tânia , OLIVEIRA, Márcia Gardênia de, BARBOSA, Maria Lígia de O. **Um Toque de Clássicos**: Durkein, Marx e Weber, Belo Horizonte: ed. UFMG, 1996. 157p.

QUIROGA, Consuelo. **Invasão positivista no marxismo**: manifestações no ensino da metodologia no serviço social. São Paulo: Cortez, 1991. 134p.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e Conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**, 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. 304p.

RAMOS, Flávia. **Por quê ética e prática assistencial de enfermagem?** uma motivação, Florianópolis, mimeo. 2000.

RENK, Arlene. **A luta da Erva: um ofício étnico no Oeste Catarinense**. Chapecó: Grifos, 1997, 231p.

ROVER, Oscar J. **A democracia participativa e a questão institucional: o caso de fóruns de desenvolvimento local em dois municípios catarinenses com características essencialmente rurais**. 2000. 200p. Dissertação (Mestrado em sociologia política) - Programa de Pós Graduação em Sociologia Políticas./Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Saúde Chapecó: Construindo o SUS no município**. Chapecó, 1998, 46p.

SAUPE, Rosita. **Educação em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998. 306p.

SEABRA, Nuely Fátima, RENK, Elisônia Carin. **Relatório de Estudo sobre o processo de descentralização político administrativa da assistência social na região Oeste de SC**. Unochapecó; Chapecó, 2002.

SEGATTO, José Antonio. **A formação da classe operária no Brasil**. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1987.

SILVA JUNIOR, AA. G. **Modelos técnicos assistenciais em saúde - o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001. 294p.

SIMIONATTO, Ivete. **Serviço Social e Processo de Trabalho**, Florianópolis: CRESS-SC, 1998, 44p.

SINGER, Paul et al. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense, 1978. 78p.

SISTEMA ÚNICO. 3ª ed., agosto, 1992. Publicações técnicas nº 2.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira (coord.). **Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996. 126p.

THIOLLENT, Michel, Metodologia da Pesquisa-Ação, 2ª ed., São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1986, 103p. 175p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, 175p.

VALLA, V. V., CARVALHO, M., ASSIS, M. **participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 1993, 160p.

VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1993.

VASCONCELOS, Eymar Mourão, organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001, 281p.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão In: **Serviço Social e Sociedade** 55, São Paulo: Cortez Editora, 1997. p 74 – 83.

WENDHAUSEN, Águeda e CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, nov/dez. 2002 vol. 18, nº. 6, p. 1621-1628. ISSN 0102-311X.

WENDHAUSEN, Águeda. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. 1999. 242p TESE (Doutorado em Enfermagem) – Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

WESTPHALL, M. **Entre a cidadania e 'filantropização' da pobreza**. Tema, Rio de Janeiro, nº 19, p.29-30, 1998.

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e Assistência Social**. São Paulo, Cortez, 1993, 184p.

ANEXO 1



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ

MUNICIPAL
M. S. C.
M. Saúde

LEI Nº 3.290 - de 1ª de julho de 1991.

Institui o Conselho Municipal de Saúde
e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de Chapecó, Estado de Santa Catarina,
faz saber que a Câmara de Vereadores aprovou e fica sancionada
a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Fica instituído o Conselho Municipal de Saúde
(CMS), em caráter permanente, como órgão deliberativo do Sistema
Único de Saúde - SUS, no âmbito municipal.

Art. 2º - Sem prejuízo das funções do Poder Legislativo,
são competências do CMS:

- I - definir as prioridades de saúde;
- II - estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde, em função das características da organização dos serviços;
- III - atuar na formação de estratégias e controle da execução da política de saúde, ao nível municipal;
- IV - propor critérios para programação e para as execuções financeiras e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos;
- V - acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas, integrantes do SUS no Município;
- VI - definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- VII - definir critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde, no que tange à prestação de serviços de saúde;
- VIII - apreciar previamente os contratos e convênios referidos no inciso anterior, sem prejuízo das disposições da Lei Orgânica do Município;

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ

- 2 -

- IX - estabelecer diretrizes quanto à localização e o tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados no âmbito do SUS;
- X - elaborar seu Regimento Interno;
- XI - Outras atribuições estabelecidas em normas complementares, nas condições editadas pela legislação pertinente.

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I
DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - O CMS terá a seguinte composição:

I - Prestadores:

- a) representante da Secretaria Municipal da Saúde;
- b) representante da Secretaria Municipal da Educação;
- c) representante da Secretaria Municipal da Promoção Social;
- d) representante da Secretaria Municipal da Fazenda;
- e) representante da Associação dos Médicos;
- f) representante da Associação dos Odontólogos;
- g) representante da Associação dos Enfermeiros;
- h) representante da Associação dos Farmacêuticos e Bioquímicos;
- i) representante da Associação dos Psicólogos;
- j) representante da Associação dos Assistentes Sociais;
- k) representante da Fundação Hospitalar e Assistencial Santo Antônio - FHASA;
- l) representante do Hospital Regional de Chapecó;
- m) representante do Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS;
- n) representante da Fundação de Ensino do Desenvolvimento do Oeste - FUNDESTE.

II - Usuários:

- a) representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- b) representante da Intersindical de Chapecó;



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ

- 3 -

- c) representante dos Conselhos Comunitários;
- d) representante da Associação Comercial e Industrial de Chapecó - ACIC;
- e) representante dos Clubes de Serviço;
- f) representante do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde; -
- g) representante da Associação dos Aposentados e Pensionistas da Previdência Social de Chapecó;
- h) representante do Sindicato do Comércio Varejista;
- i) representante do Sindicato dos Trabalhadores na Indústria Alimentícia;
- j) representante da Pastoral da Saúde;
- l) representante de outras igrejas, com sede no Município de Chapecó;
- m) representante da Associação de Pais e Professores de Chapecó;
- n) representante do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção Civil e do Mobiliário de Chapecó;
- o) representante da Associação dos Servidores Públicos do Município de Chapecó - ASSEMCHAP.

§ 1º - A cada titular do CMS, corresponderá a um suplente.

§ 2º - Será considerado como existente, para fins de participação no CMS, a entidade regularmente organizada, nas condições do inciso XVIII do artigo 5º, da Constituição Federal.

§ 3º - A representação dos trabalhadores no SUS, no âmbito do Município, será definida por indicação conjunta das entidades representativas das diversas categorias.

§ 4º - O número de representantes dos usuários não será inferior a 50% (cinquenta por cento) dos membros do CMS.

§ 5º - A representação dos Prestadores de Serviços e dos Usuários, deverá ser comprovada pelo respectivo órgão ou entidade, a cada 2 (dois) anos, ou sempre que se modificar, internamente, essa representação.

Art. 4º - Os membros efetivos e suplentes do CMS, serão nomeados pelo Prefeito Municipal, mediante indicação:



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ

- 4 -

I - da autoridade estadual ou federal correspondente, no caso de representação de órgãos estaduais ou federais;

II - das respectivas entidades nos demais casos.

§ 1º - Os representantes do governo municipal, serão de livre escolha do Prefeito.

§ 2º - O Secretário Municipal de Saúde é membro nato do CMS, e será seu Presidente.

§ 3º - Na ausência ou impedimento do Secretário Municipal de Saúde a Presidência do CMS, será assumida pelo seu suplente.

Art. 5º - O CMS reger-se-á pelas seguintes disposições, no que se refere aos seus membros:

I - as funções dos membros do CMS, não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado relevante serviço à preservação da saúde da população;

II - os membros do CMS, serão substituídos, caso faltarem, sem motivo justificado, a três reuniões consecutivas ou seis reuniões intercaladas no período de um ano;

III - os membros do CMS poderão ser substituídos mediante solicitação, da entidade ou autoridade responsável, apresentada ao Prefeito Municipal.

SEÇÃO II

DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º - O CMS, terá seu funcionamento regido pelas seguintes normas:

I - o órgão de deliberação máxima é o plenário;

II - as sessões plenárias serão realizadas ordinariamente, uma vez por mês e extraordinariamente quando convocados pelo Presidente ou por requerimento da maioria dos seus membros do CMS, que deliberará pela maioria dos votos dos presentes;

III - cada membro do CMS, terá direito a um único voto na sessão plenária;

IV - as decisões do CMS, serão consubstanciadas em resoluções.

ANEXO 2



ASSOCIAÇÃO MÉDICA REGIONAL OESTE CATARINENSE

Chapecó, 23 de agosto de 2002.

Excelentíssimo Senhor
Paulo Antonio Locatelli
Promotor de Justiça

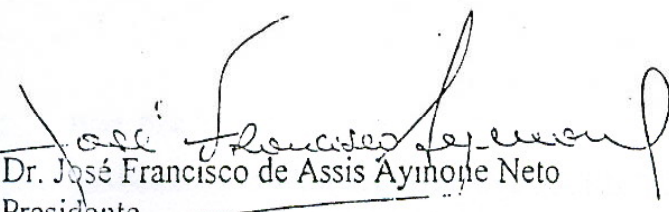
Prezado Promotor,

Solicitamos Vossa atenção e providências quanto ao Regimento Interno da IV Conferência Municipal de Saúde (Conferência que será realizada nos dias 30 e 31 do corrente, na cidade de Chapecó), destacando o Artigo 7º. "Poderão se inscrever como delegados eleitos, com direito a voz e voto, representantes de setores que tenham realizado pré-Conferências, de acordo com as normas definidas no Capítulo III deste Regimento".

Como outras entidades, nós entendemos que isto estaria ferindo a paridade, porque haveria uma desproporção entre os delegados dos vários segmentos, isto é, usuários (50%) e governo, prestadores e profissionais de saúde (representando os outros 50%). Na última reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde, o nosso representante alertou para esta não paridade.

Senhor Promotor, lembramos que na 2ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1998, também questionamos quanto à paridade, que não foi obedecida. Reiteramos ainda que somos favoráveis à participação de todos os segmentos da população (Controle Social), especificamente na área da Saúde, mas, obedecendo-se sempre aos ditames éticos e legais.

Atenciosamente,


Dr. José Francisco de Assis Ayimonte Neto
Presidente

Handwritten notes and signatures in the top right corner:
REGISTRE-SE
HONRE-SE
OFFICIA-SE
Paulo Antonio Locatelli
Promotor de Justiça
12/8/02



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Chapecó, 26 de Agosto de 2002.

Of. n.º 643/02 – 9ª PJ/CCO

Senhora Secretária Municipal,

Nesta Promotoria de Justiça recebemos correspondência noticiando possível afronta às normas e princípios gerais da paridade nas conferências municipais de saúde, mais precisamente no que diz respeito aos artigos 8º, 9º e 10º do Regimento Interno da IV Conferência Municipal de Saúde.

Assim sendo, **REQUISITO** de Vossa Senhoria, com fundamento no art. 26, IV, da Lei n.º 8.625/93 e art. 8º, da Lei n.º 7.347/85, com prazo de 48 (quarenta e oito) horas, informações sobre o assunto aventado, pois ao tempo em que essa Gestão Municipal de Saúde deve garantir a participação democrática, pode ferir o princípio da paridade entre os presentes, pois abre-se a possibilidade da eleição de um delegado para cada cinco pessoas presentes nas pré-conferências o que poderia tornar desproporcional a participação da Conferência Municipal.

Sem mais para o momento, renovo protestos de estima e consideração.


PAULO ANTONIO LOCATELLI
PROMOTOR DE JUSTIÇA

Ilma. Sra.

MARLENE MADALENA POSSAN FOSCHIERA

Secretária Municipal de Saúde

Chapecó/SC



Chapecó

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OF.SMS/Nº 376/02

Chapecó, 29 de agosto de 2002.

Senhor Promotor

Considerando o Ofício Nº 643/02-9ª PJ/CCO de V. Exca., onde expõe preocupação em relação ao descumprimento, por esta Secretaria, da Lei 8.142, temos a informar que o Sistema Único de Saúde conta com instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Considerando ainda que as Conferências devem ser realizadas a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar situações de saúde e propor diretrizes à formulação da política de saúde, que devem ser convocadas pelo Poder Executivo, extraordinariamente, pela Conferência, ou pelo Conselho de Saúde.

Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde tem convocado, a cada dois anos, a Conferência Municipal de Saúde, uma vez que entende que a participação popular é de suma importância, para garantir a efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Considerando que o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, cumprindo com a Legislação, tem a composição paritária entre usuários do SUS e os demais segmentos.

Considerando que o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, em reunião extraordinária, convocada com único ponto de pauta, teve a aprovação do Regimento da IV Conferência Municipal de Saúde de Chapecó, no dia nove de agosto do corrente ano. O Regimento foi aprovado por unanimidade dos presentes, inclusive com o voto da Associação Médica de Chapecó.

Considerando que, das duas instâncias de participação popular, o Conselho Municipal de Saúde é o único deliberativo, e que as deliberações das Conferências são aprovadas no Conselho.

Considerando a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no seu art. 5º, as *Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.*

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Marechal Floriano Peixoto, 316-L Fone/FAX (49)322-0090

E-mail atsaude@chapeco.sc.gov.br

CEP 89801-350 Chapecó – SC



Chapecó

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*reconhece
pelo 09 períodos*

Considerando que o início do processo da Conferência garantiu a paridade para todos os segmentos. No decorrer do processo das Pré-Conferências e com eleição de delegados, houve predominância dos usuários, os quais compareceram em maior número, e portanto somando maior número de delegados. Não têm culpa esses, se os demais não realizaram suas Pré-Conferências, e não retiraram delegados, uma vez que as exigências eram as mesmas.

Considerando a legalidade, podemos argüir que, apesar de garantirmos paridade numérica, não garantimos a paridade de informação (informação e poder aqui são sinônimos). O Conselho é paritário de número, mas é assimétrico, sob o ponto de vista de domínio da informação. Quem domina a informação é o controlado (prestador, profissional e governo), portanto, domina a situação e comanda as ações.

Senhor Promotor, se quisermos interpretar a lei friamente, em todas as instâncias, só acatar deliberações quando todos os segmentos (usuários - 50%, e os demais profissionais, prestadores de serviços e governo - 50%) estão presentes, no momento da falta de qualquer uma dessas representações, total ou parcial, não conseguiríamos aprovar absolutamente nada. Por exemplo, na Conferência Municipal de Saúde, em todo momento que houver votação, temos que, primeiramente, verificar se os presentes mantêm a paridade. No nosso entender, isso é uma mera burocratização, e não garantir o espírito da lei, que é assegurar a paridade dos usuários entre os demais.

Senhor Promotor, garantir participação popular não é tarefa fácil. Nesses quase seis anos de gestores, ainda não descobrimos uma "fórmula mágica" de sempre, em todos os momentos, garantir essa paridade. Entendemos ainda que a Associação Médica, por interesses óbvios, teme a participação popular.

Nas 30 Pré-Conferências Municipais, realizadas por essa Secretaria, tivemos como principal objetivo, fazer com que o usuário do SUS percebesse que suas necessidades são direito, e que esses direitos estão nos "arcabouços" legais constitucionais.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Ans

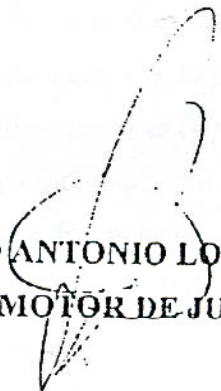
Chapécó, 04 de Setembro de 2002.

Of. n.º 701/02 – 9ª PJ/CCO

Senhora Secretária Municipal,

Atendendo ao disposto nos artigos 26, inciso VI, da Lei n.º 8.625/93 e 9º, § 2º, da Lei n.º 7.347/85, e ainda, pelo contido no artigo 15, do Ato n.º 135/00/MP, remeto-lhe cópia da promoção de arquivamento que emiti no Procedimento Administrativo Preliminar n.º 051/02, para seu conhecimento e manifestação, se julgar necessária, através de razões escritas ou documentos que serão juntadas aos autos, no prazo de 15 (quinze) dias.

Atenciosamente,


PAULO ANTONIO LOCATELLI
PROMOTOR DE JUSTIÇA

Ilma. Sra.

MARLENE MADALENA POSSAN FOSCHIERA

Secretária Municipal de Saúde

Chapécó/SC

Rec. em
06/09/02
Jo.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Por esta Promotoria de Justiça foi emitido ofício a Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa da senhora Marlene Madalena Possan Foschiera, requisitando informações sobre o assunto aventado, haja vista que da forma como que a Gestão Municipal de Saúde pretenda garantir a participação democrática nas conferências municipais de saúde, poder-se-ia ferir o princípio da paridade, ao abrir-se a possibilidade da eleição de um delegado para cada cinco pessoas presentes nas pré-conferências, que poderia tornar desproporcional a participação na Conferência Municipal.

Em resposta ao ofício emitido por esta Promotoria de Justiça, a Secretária Municipal de Saúde informou que no processo da conferência foi garantido a paridade à todos os segmentos, e no decorrer do processo das pré-conferência, houve predominância dos usuários, os quais compareceram em maior escala, e, portanto, somaram um maior número de delegados. Assevera ainda, que o regimento foi aprovado por unanimidade dos presentes, inclusive com o voto da Associação Médica de Chapecó, ora representantes.

Tendo em vista a resposta da Secretária Municipal de Saúde de Chapecó-SC (fls. 10 e 11), foi emitido novo ofício a mesma, recomendando que a Gestão Municipal de Saúde reveja o Regimento Interno das Conferências Municipais de Saúde para as próximas reuniões (conferências), de modo a garantir um real/efetiva paridade nas próximas conferências, a fim de que seja cumprido com o disposto na Lei 8.142/90, pois se for aplicado o atual regimento, poderá haver revisão dos encaminhamentos pelo Poder Judiciário, por violação ao princípio previsto na Lei n.º 8.142/90.

Saliente-se que, embora o Regimento Interno da IV Conferência Municipal de Saúde em seus artigos 8º, 9º e 10º possibilitem a ocorrência de possível disparidade de participação, têm-se que levar em consideração as inúmeras pré-conferências já realizadas, conferindo aos delegados escolhidos legitimação com expectativa de direito a voto, aliada a dificuldade de conscientização dos mesmos quanto a impossibilidade de exercerem essa atribuição, bem como, o fato



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

de que o Regimento Interno contou com a aprovação inclusive da entidade representante, que determinou a realização de pré-conferências, e ainda, que “a priori”, o princípio da paridade ficou garantido na origem, ou seja, no início do processo, tendo sido permitida as pré-conferências para eleição dos delegados em qualquer classe.

Assim, tem-se por finda a intervenção ministerial, uma vez que foi oficiado a Secretaria Municipal de Saúde recomendando que reveja Regimento Interno das Conferências Municipais de Saúde, principalmente quanto ao disposto nos artigos 8º, 9º e 10º, para as próximas-reuniões (conferências), de modo a garantir um real/efetiva paridade nas próximas conferências, afim de que seja cumprido com o disposto na Lei 8.142/90, e a conferência, objeto desse regimento, realizou-se neste último final de semana.

Diante do exposto, promovo o ARQUIVAMENTO do presente Procedimento Administrativo, requerendo a homologação pelo Conselho Superior do Ministério Público para que surtam os efeitos legais.

Chapécó, 03 de setembro de 2002.

PAULO ANTONIO LOCATELLI

Promotor de Justiça

ANEXO 3

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE**IDENTIFICAÇÃO:**

Data de nascimento: ____/____/____

Formação Profissional:

Atuação Profissional:

Procedência rural? ☐ sim ☐ não

Com que idade veio para a cidade?

Grau de escolaridade? ☐ não sabe ler ☐ sabe ler e escrever ☐ escreve☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo☐ superior incompleto ☐ superior completoRenda Familiar ☐ 1 a 3 salários mínimos☐ 4 a 6 salários mínimos☐ 7 a 10 salários mínimos☐ mais de 10 salários mínimos

É/foi filiada(o) a algum partido político?

Entidade da qual faz parte: Como começou a fazer parte do conselho local?

ATUAÇÃO:

Em que períodos a senhora(or) foi conselheira(o) de saúde?

Como acontecem as reuniões do Conselho Local ?

Como são discutidas as proposições do conselho com a população?

Que dificuldades a(o) senhora(or) apontaria para o exercício do controle social ? É possível supera-las?

REALIDADE DA SAÚDE

Como a senhora(or) vê a saúde no município antes da CF e regulamentação do SUS?

E antes da criação do CONSELHO LOCAL DE SAÚDE , como era a saúde?

A partir da situação de saúde do município, como a senhora(or) vê a atuação dos
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE?

ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

CONSTRUINDO POSSIBILIDADES DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NA PRÁTICA
DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: O CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO
DE CHAPECÓ

MESTRANDA: Maira Tellechê da Silva
ORIENTADOR: Prof. Dr. Jonas Spricigo

TERMO DE CONSENTIMENTO

Por este termo de consentimento, declaro que fui informado(a) dos objetivos do trabalho e dos procedimentos a serem desenvolvidos no projeto de Prática Assistencial “Construindo possibilidades de Participação Popular na Prática de um Conselho Local de Saúde: o Controle Social no Município de Chapecó”.

Fui informado(a), ainda, dos seguintes aspectos éticos:

- 1) Adesão voluntária ao grupo;
- 2) Liberdade para desistir da participação em qualquer momento do trabalho;
- 3) Sigilo em relação a identidade dos participantes e ao caráter confidencial das informações;
- 4) Da liberdade de acesso aos dados em qualquer etapa da prática, bem como ao relatório final.

Nestes termos, considerando-me livre esclarecido(a), consinto em participar da prática assistencial proposta, resguardando a autora de projeto a propriedade intelectual das informações geradas e permitindo a divulgação pública dos resultados.

DATA: ____/____/____

NOME DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA: _____

ANEXO 5



PERCURSO DA PRÁTICA

1º ENCONTRO

Neste primeiro encontro discutiremos assuntos como globalização, saúde, questões internacionais, nacionais, regionais e municipais.

2º ENCONTRO

A proposta de discussão será: os movimentos sociais na luta por uma saúde de qualidade, dever do Estado e direito dos povos. A história dos movimentos sociais na região e em Chapecó e a interferência disto na construção do SUS.

3º ENCONTRO

A partir de textos sobre controle social e participação popular problematizar sobre as ações do Conselho Local de Saúde e que tipo de deliberações tem conseguido negociar com o Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

4º ENCONTRO

Problematizar sobre a relação do Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Estabelecer quais as sugestões o grupo do CONSELHO LOCAL DE SAÚDE tem para o encontro com o CMS e quais as discussões que surgiram aqui e que eles gostariam que fosse levada ao CMS.

ENCONTRO COM O CMS

O trabalho já foi apresentado e neste momento utilizando a dinâmica da rede entregarei a cada conselheiro uma das sugestões do CONSELHO LOCAL DE SAÚDE e problematizaremos a partir disto.

AVALIAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

CONSTRUINDO POSSIBILIDADES DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NA PRÁTICA
DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: O CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO
DE CHAPECÓ

MESTRANDA: Maira Tellechê da Silva

ORIENTADOR: Prof. Dr. Jonas Spricigo

"Gosto de ser humano, de ser gente, porque sei que minha passagem pelo mundo não é pré-determinada, pré-estabelecida.

Que o meu 'destino' não é dado como certo, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir.

Gosto de ser gente porque a história em que faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Gosto de ser gente porque inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além."

(FREIRE, 1997, p.58-59)

É com alegria que recebo o seu sim para participarmos desta construção da nossa história dentro da política de saúde de nosso município.
Obrigada.

Também gostaria de lembrá-lo de nosso próximo encontro.

Dia:

Hora:

Local:

Com muitas esperanças,

Maira

PARA OS QUE VIRÃO

Já sofri o suficiente
para não enganar ninguém:
principalmente aos que sofrem
na própria vida,
a garra da opressão, e nem sabem.

Não importa que doa: é tempo
De avançar de mão dada
com quem vai no mesmo rumo,
mesmo que longe ainda esteja
de aprender a conjugar o verbo amar.

É tempo sobretudo
de deixar de ser apenas
a solitária vanguarda de nós mesmos.
Se trata de ir ao encontro.
Se trata de abrir o rumo.

Os que virão, serão povo,
E saber serão, lutando.

Thiago de Mello

Obrigada pela participação.
Também gostaria de lembra-lo de nosso próximo encontro.
Dia: Hora: Local:

Maira Tellechêa da Silva
Rua Júlio Rodrigues Pereira nº 401 E
Linha Cabeceira da Barragem - 328 8771

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

CONSTRUINDO POSSIBILIDADES DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NA PRÁTICA
DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: O CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO
DE CHAPECÓ

MESTRANDA: Maira Tellechê da Silva

ORIENTADOR: Prof. Dr. Jonas Spricigo

CHEGA DE VIVER ENTRE O MEDO E A RAIVA

Se não aprendermos a viver de outro modo, poderemos acabar com a nossa espécie.

Freud ajudou a atrapalhar mostrando o quanto nós escondemos de ruim. Mas é fácil ver que nós escondemos também o que é bom em nós, a ternura, o encantamento, o agrado em ver, em acariciar, em cooperar, a gentileza, a alegria, o romantismo, a poesia, sobretudo o brincar – com o outro. Tudo tem que ser sério, respeitável, comedido – fúnebre, chato, contido....

A mim parece que sofremos todos de mania de pequenez.

Qual homem que se assume em toda a sua grandeza natural? Em vez de admirar, nós invejamos – por não termos coragem de fazer o que a nossa estrela determina.

O medo – eis o inimigo.

O medo principalmente do outro, que observa atentamente tudo o que fazemos – sempre pronto a criticar, a condenar, a pôr restrições – porque fazemos diferente dele.

Só por isso. Nossa diferença diz para ele que sua mesmice não é necessária. Que ele também pode tentar ser livre – seguindo sua estrela. Que sua prisão não tem paredes de pedra, nem correntes de ferro. Como a de Branca de Neve, sua prisão é de cristal – invisível. Só existe na sua cabeça. Mas sua cabeça contém – é preciso que se diga – todos os outros – que dentro dele o observam, criticam, comentam – às vezes até elogiam!

Como ignorar os outros – sempre os outros – são desconfiados, desonestos, mesquinhos, exploradores, prepotentes, fingidos, traiçoeiros, hipócritas...

Ah! Os outros...

Fossem todos como eu, tão bem comportados, tão educados, tão finos de sentimentos...O que não se compreende é como há tanta maldade no mundo feito somente de gente que se considera tão boa.

Deveras não se compreende. Menos ainda se compreende que de tantas famílias perfeitas – a família de cada um é sempre ótima – acabe acontecendo um mundo tão imperfeitamente péssimo.

Ah! Os outros...Se eles não fossem tão maus – como seria bom...

Só sabemos fazer o que foi feito conosco. Só conseguimos tratar bem se formos bem tratados. Só sabemos nos tratar bem se formos bem tratados. Se só fomos ignorados só sabemos ignorar. Se fomos odiados, só sabemos odiar. Se fomos mal tratados, só sabemos mal tratar. Não há como fugir desta engrenagem de aço: ninguém é feliz sozinho. Ou o mundo melhora para todos ou ele acaba.

Só a união faz a força – sinto muito, mas as verdades banais de todos os tempos são verdadeiras – seria bom se a gente tentasse fazer o que elas sugerem, em vez de críticos e céticos e pessimistas, encolhermos os ombros e deixarmos que a espécie continue, cega, caminhando em velocidade uniformemente acelerada para o buraco negro da aniquilação.

Nunca se pôde dizer, como hoje: ou nos salvamos – todos juntos, ou nos danaremos – todos juntos.

J. A. Gaiarsa

Obrigada pela participação.

Também gostaria de lembra-lo de nosso próximo encontro.

Dia:

Hora:

Local:

Maira Tellechê da Silva

328 8771

ANEXO 6

A GLOBALIZAÇÃO E A ALCA E SUA INTERFERÊNCIA NO SUS

O Sistema Único de Saúde é uma conquista histórica da população brasileira nos seus mais diversos segmentos que possibilitou a aprovação de leis para garantir a partir de seus princípios, a construção de um sistema universal que garanta equidade, descentralização, e integralidade na assistência, participação popular e que o Estado financie suas ações.

Desde a aprovação da Constituição Federal de 1988 a saúde é reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado. A partir da sua regulamentação pelas leis 8080 e 8142 (LOS) a construção do SUS tem tido seus avanços e recuos a partir de disputas políticas que tem entendimentos diferentes de sistema de saúde: De um lado temos um grupo que defende saúde como direito do cidadão, garantida pelo Estado e construída a partir da participação popular, de outro lado um grupo que trata a saúde como mercadoria, a disposição de quem pode comprá-la.

O setor saúde movimenta no Brasil e no mundo milhares de dólares e as empresas estão sempre fazendo cálculos de quanto lucrariam com a privatização dos serviços. No Brasil esta realidade aparece quando fazemos a relação entre o tipo de serviço que tem recebido reajustes no SUS. Os procedimentos de alto custo têm sido privilegiados com tabela de preços lucrativas enquanto os de baixa complexidade não tem recebido qualquer alteração nos seus valores, com isto as empresas privadas tem sido beneficiadas.

Temos acompanhado o enriquecimento de empresas que tem tratado a saúde como mercadoria. Com a ALCA e a GLOBALIZAÇÃO o que muda é que o enriquecimento será das grandes empresas estrangeiras que tem se mantido informadas quanto a possibilidade de abocanhar esta parcela de ganhos.

A globalização é uma nova etapa do processo de expansão internacional das relações capitalistas de produção. A globalização vem acompanhada de processos que tem aumentado a concentração de renda, o poder econômico, tecnológico. A globalização é um projeto que tem sido dirigido a todos os países pelos grandes grupos do poder mundial a fim de impor suas políticas macroeconômicas e seus critérios de como uma sociedade deve se organizar, especialmente os periféricos.